الطبعة الثانية

علم النفس العلاجي

تأليف

إجلال محمد سري



تصميم الغلاف
مكتبة الباحث

عالم الكتب

علم النفس العلاجى

الدكتورة إجلال محمد سرى
أستاذ الصحة النفسية - قسم علم النفس
كلية الدراسات الإنسانية - جامعة الأزهر

عالم الكتب
القاهرة

إهداء

- إلى كل من علمني
- إلى زوجي وأولادي
- إلى طلابي وطالباتي

عالم الكتب
نشر • توزيع • طباعة

الإدارة :
١٦ ش جواد حسني - القاهرة
تليفون : ٣٩٢٤٦٢٦
فاكس : ٣٩٣٩٠٢٧

المكتبة :
٣٨ ش عبد الخالق ثروت - القاهرة
تليفون : ٣٩٢٦٤٠١
ص.ب : ٦٦ محمد فريد
الرمز البريدي : ١١٥١٨

الطبعة الثانية
١٤٢٠هـ - ٢٠٠٠م

رقم الإيداع : ١٥٧٥٤ / ١٩٩٩
ISBN : 977 - 232 - 194 - 7

بسم الله الرحمن الرحيم

تقديم الطبعة الأولى

علم النفس العلاجي، أو علم النفس الكلينيكي، أو علم النفس العيادى، مجال من المجالات التطبيقية لعلم النفس، ينمو بسرعة، ويطبق فى ميدان الصحة النفسية ، ويتزايد الاهتمام به فى مجتمعنا.

وتتعدد طرق علم النفس العلاجي، ووسائله تبعًا لحالة المريض وشخصيته وتبعا لإعداد المعالج واتجاهه العلمى، وتبعًا لظروف العلاج المتاحة.

وتشترك طرق العلاج النفسى ووسائله كلها فى أنها تؤدى إلى تعديل السلوك المضطرب، وإعادة التوازن النفسى، والتوافق الشخصى والاجتماعى، وتحقيق الصحة النفسية.

ويتضمن هذا الكتاب بابين يضمان عدداً من الفصول.

* الباب الأول: ويحتوى على أسس علم النفس العلاجي فى فصول تتناول: مفاهيم أساسية فى علم النفس العلاجي، والصحة النفسية، والتوافق النفسى، والمرض النفسى، وأسباب الأمراض النفسية، وأعراض الأمراض النفسية، والفحص والتشخيص والمآل، ووسائل جمع المعلومات فى العلاج النفسى، وعملية العلاج النفسى.

* الباب الثانى: ويحتوى على طرق العلاج النفسى فى فصول تتناول:تعدد طرق العلاج النفسى، والتحليل النفسى، والعلاج السلوكى، والعلاج الجماعى، والعلاج الاجتماعى والعلاج باللعب، والعلاج بالعمل، والإرشاد العلاجي، والعلاج العقلانى الانفعالى، والعلاج بالواقع، والعلاج بالقراءة، والعلاج الجشتالتى ، والعلاج بتحقيق الذات، والعلاج النفسى بالفن، والعلاج النفسى الدينى، والطرق التوفيقية والتركيبية.

والله الموفق ،،،

الدكتورة إجلال سرى

القاهرة ١٩٩٠

بسم الله الرحمن الرحيم

تقديم الطبعة الثانية

الحمد لله والصلاة والسلام على سيدنا محمد، وعلى جميع الأنبياء والمرسلين... وبعد..

يسعدنى أن أقدم الطبعة الثانية من كتاب علم النفس العلاجى إلى أساتذتى وزملائى وطلابى، وإلى كل من قدمت لهم الطبعة الأولى من المهتمين بعلم النفس العلاجى من المعالجين والمرشدين النفسيين والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين والمعلمين.

وأقدم جزيل الشكر وعظيم التقدير إلى كل من لفت نظرى إلى ما يحتاج إلى شرح أو تبسيط أو إضافة أو إيضاح، وخاصة زوجى الأستاذ الدكتور حامد زهران.

وفى هذه الطبعة تم تعديل بعض الأجزاء فى ضوء أحدث البحوث والدراسات النفسية.

والله الموفق ،،،

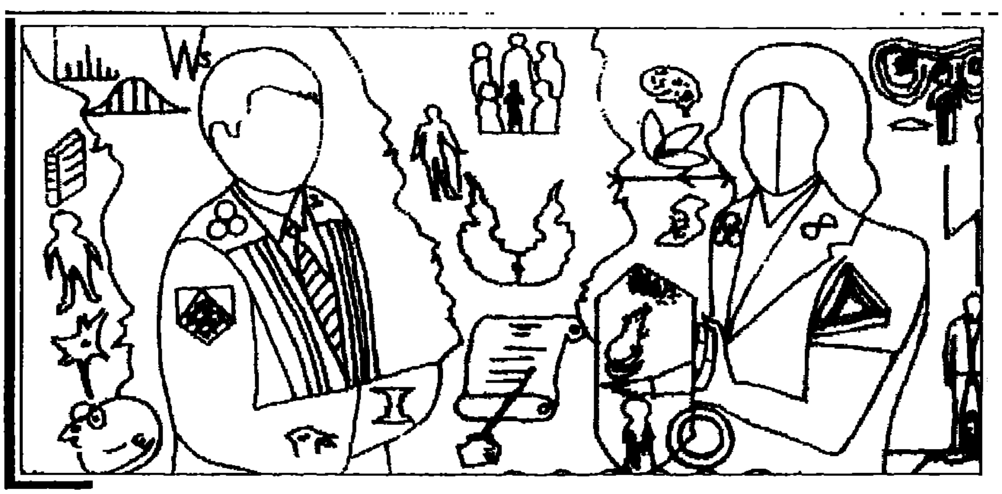
المؤلفة

القاهرة ٢٠٠٠

الباب الأول

أسس علم النفس العلاجى

- مفاهيم أساسية فى علم النفس العلاجى
- الصحة النفسية
- التوافق النفسى
- المرض النفسى
- أسباب الأمراض النفسية
- أعراض الأمراض النفسية
- الفحص والتشخيص والمآل
- وسائل جمع المعلومات فى العلاج النفسى
- عملية العلاج النفسى



شكل(١)

الفصل الأول
مفاهيم أساسية فى علم النفس العلاجى

مقدمة:

علم النفس العلاجى هو أحد الفروع التطبيقية لعلم النفس، وهو يقوم على الإفادة من الدراسات التى أمكن الوصول إليها من نتائج هذه البحوث والدراسات فى فروع علم النفس النظرية والتطبيقية، ومن العلوم المتصلة به، والهدف من ذلك فهم وتحديد موضوعى لمدلول السواء واللاسواء ، وذلك بهدف زيادة كفاءة الخدمات النفسية العلاجية التى تقدم للمرضى النفسيين فى مجال الفحص والتشخيص والمآل، والتأهيل والعلاج.

ويهدف علم النفس العلاجى أيضًا إلى فهم متغيرات وحدود السواء واللاسواء لزيادة وقاية الأفراد من الوقوع فى الظواهر المرضية (سليمان الخضرى الشيخ وآخرون، ١٩٨٨).

تعريف علم النفس العلاجى: Clinical Psychology

ذكر المؤلفون تعريفات كثيرة لعلم النفس العلاجى ، نذكر منها على سبيل المثال لا الحصر ما يلى:

* هو أحد ميادين علم النفس، يتناول المعارف والمهارات التى تستخدم فى مساعدة المرضى الذين يعانون من اضطرابات سلوكية أوعقلية ، وذلك لتحقيق توافق أفضل، ويتضمن تدريب وممارسة فى التشخيص والعلاج والوقاية .(هوراس إنجليش وآفا إنجليش English & English، ١٩٥٨).

* هو ذلك الميدان من ميادين علم النفس الذى يتناول تشخيص الأمراض النفسية والعقلية ، واضطرابات السلوك وعلاجها، ويستعين بوسائل

وأدوات علمية، ويتم هذا التشخيص وذلك العلاج في عيادة نفسية . (مصطفى فهمى ،١٩٦٧).

* هو العلم الذى يتناول بالدراسة والتحليل سلوك الأفراد الذين يختلفون فى سلوكهم اختلافًا كبيرًا عن غيرهم من الناس، أو الدراسة النفسية لغير الأسوياء أوالشواذ . (عطية هنا وسامى هنا، ١٩٧٦).

* هو فرع من علم النفس يهتم بالفحوص النفسية مع إجراء الاختبارات النفسية التى تساعد على تشخيص المرض وتوجيه العلاج . (ولـيم الخولى، ١٩٧٦).

* هو تطبيق للطريقة العلاجية: تشخيصًا، وتنبؤا وعلاجًا. (لويس كامل مليكة ، ١٩٧٧).

* هو فرع من فروع علم النفس يعنى بتشخيص الاضطرابات النفسية وعلاجها. (فاخر عاقل، ١٩٧٧).

* هو الميدان التطبيقى للمبادئ النفسية التى تهتم أساسًا بالتوافق النفسى بهدف مساعدة الفرد فى العيش فى سعادة وأمن. (جوليان روتر، ١٩٧٧).

* هو العلم الذى يدرس الاضطرابات الانفعالية والفكرية، ويشمل تشخيص المرض والعلاج والبحث . (عبد المنعم الحفنى ، ١٩٧٨).

* هو أحد فروع علم النفس، ويهتم بدراسة الاضطرابات النفسية وعلاجها، وذلك عن طريق العيادات المتخصصة لعلاج وإرشاد الأطفال، والإرشاد الزواجى ، وجناح الأحداث، والضعف العقلى، و فى العيادات النفسية التربوية (أحمد زكى بدوى ١٩٧٨).

* هو أحد الفروع التطبيقية لعلم النفس الحديث، وهو يعتمد على الإفادة من المعلومات والمهارات التى أمكن تحصيلها من جميع فروع علم النفس، الأساسية والتطبيقية، بهدف زيادة كفاءة الخدمة الطبية النفسية

التى تقدم للمرضى النفسيين فى مجالات التشخيص والعلاج والتوجيه والتأهيل، وتدابير الوقاية . (مصطفى سويف وآخرون، ١٩٨٥).

* هو منحى فى تحليل صعوبات واضطرابات التعلم من خلال استخدام اختبارات ووسائل وأدوات متنوعة، وذلك فى محاولة للكشف عن حاجات معينة، وتخطيط برنامج تربوى موجه لعلاج الاضطرابات. (عادل الأشوال ، ١٩٨٧).

وتعرف المؤلفة علم النفس العلاجى على النحو التالى:

«علم النفس العلاجى هو ميدان من ميادين علم النفس التطبيقى ، يطبق المبادئ النفسية التى تهتم بالتوافق النفسى للأفراد ، ويتناول تشخيص المشكلات والاضطرابات السلوكية والأمراض النفسية والعقلية، لتحديد أسبابها وأعراضها، باستخدام وسائل وأساليب وأدوات علمية ، والتنبؤ بمآلها، وعلاجها باستخدام طرق العلاج النفسى، فى عيادات نفسية، حتى تصبح الشخصية سوية متمتعة بالصحة النفسية،وحتى يعيش الفرد فى أمن وسعادة».

تاريخ علم النفس العلاجى:

الاضطرابات النفسية التى يعانى منها الإنسان قديمة منذ فجر التاريخ.

وقبل نشوء علم النفس العلاجى، كان موقف الإنسان من الاضطرابات النفسية، وما يزال، ذا طرفين: التفسير من ناحية، والعلاج من ناحية أخرى. (نعيم الرفاعى، ١٩٩٤).

وفى العصور القديمة، كان الإنسان فى أفريقيا وآسيا يرجع أسباب الاضطراب النفس إلى غضب الآلهة، ولذلك فإن العلاج يحتاج إلى طقوس دينية فى المعابد، وظهر ذلك فى الحضارة المصرية، والحضارة البابلية، والحضارة الصينية، والحضارة الهندية. وكان الاضطراب النفسى

يفسر باحتلال الأرواح الشريرة ومس الجن لجسم المريض، ولذلك فإن العلاج يحتاج إلى تعاويذ لطردها.

وتمخضت الحضارة اليونانية عن تطور مؤداه أن سبب الأمراض العقلية «علوى»، ثم ذهبوا إلى أن الاضطراب النفسى يرجع إلى اضطراب فى أخلاط الدم الأربعة «الدم والبلغم والصفراء والسوداء»، ويستخدم فى العلاج الأعشاب مع العناية بالمريض.

واستمرت هذه الاتجاهات فى الحضارة الرومانية، وأضيف تفسير الاضطرابات العقلية بالصدمات العاطفية، مع التركيز فى العلاج على وضع المريض فى مكان هادئ ومعاملته بعطف، واستخدام التمثيل النفسى المسرحى فى العلاج.

وفى الحضارة العربية الإسلامية، ظهرت النزعة الإنسانية فى تفسير وعلاج الأمراض النفسية، وأنشئت مستشفيات عقلية فى القاهرة ودمشق وحلب وفاس وغيرها.

وفى أوروبا، فى القرون الوسطى، سادت أفكار تأثير السحر والشعوذة واستخدام الأغلال والقيود.

وتطور الحال، وتم التخلى عن استخدام الأغلال والقيود، وظهر تأثير متطور فى فرنسا وانجلترا وألمانيا والنمسا وسويسرا وروسيا وأمريكا.

وعبر القرن الثامن عشر والقرن التاسع عشر ومطلع القرن العشرين، تطور الاهتمام بالاضطرابات النفسية، وكان من أهم ملامحه ما يلى: (نعيم الرفاعى، ١٩٩٤).

* التركيز على أثر العوامل الاجتماعية والنفسية فى نشوء الاضطرابات النفسية وعلاجها.
* ظهور مدرسة التحليل النفسى بنظريتها فى الشخصية وتفسيرها للمرض النفسى وطريقتها فى العلاج.
* ظهور حركة القياس النفسى، ومعامل علم النفس، وأجهزة القياس، والاختبارات النفسية.

* ظهور حركة القياس النفسى، ومعامل علم النفس، وأجهزة القياس، والاختبارات النفسية.

* التطور فى تقديم خدمة الفرد والجماعة.

* تطور حركة الصحة النفسية.

* تطور الفكر التربوى ليشمل ضرورة الرعاية النفسية، وحل المشكلات والاضطرابات السلوكية، والعناية بالمتخلفين عقليا وغيرهم من المعوقين والجانحين.

وهكذا، فإن علم النفس العلاجي علم حديث، وهو لا يزال فى دور النمو والتطور ، ولقد تأثر فى نشأته بمجالين هامين:

* دراسة الاضطرابات النفسية والعقلية والتخلف العقلى.

* دراسة الفروق الفردية وإنشاء الاختبارات النفسية لقياسها.

ومر علم النفس العلاجي بمراحل متتالية قبل الحرب العالمية الثانية وأثناءها وبعدها.

وبدأ علم النفس العلاجي فى ممارسات المعالجين النفسيين والأطباء الفرنسيين والألمان فى محاولاتهم لتصنيف الشذوذ العقلى، وفى دراسة الفروق الفردية فى انجلترا والولايات المتحدة .

وقد اهتم علم النفس العلاجي فى أول الأمر بوضع وتطبيق الاختبارات العقلية الفردية لأغراض التشخيص.

وفى الثلاثينات من القرن العشرين، حدث تحول عام فى اهتمامات المعالجين النفسيين وأوجه نشاطهم، وهى:

* من الاهتمام الرئيسى بمشكلات ومعوقات الأطفال إلى مشكلات توافق الكبار.

* من الاهتمام الشديد بقياس الذكاء، ونواحى العجز والآثار التى تحدث عنها فى القيام بالوظائف العقلية إلى الاهتمام بقياس سمات الشخصية والتوافق.

* من الاهتمام بتصنيف الشذوذ العقلى مع إبراز مهمة المعالج النفسى كمطبق للاختبارات ومفسر لها إلى الاهتمام بالعلاج النفسى. (جوليان روتر، ١٩٧٧).

ويلخص عبد الستار إبراهيم (١٩٩٤) أهم معالم تطور العلاج النفسى فيما يلى:

* من العلاج بالشعوذة إلى العلاج العضوى.
* من العلاج العضوى إلى التحليل النفسى.
* من التحليل النفسى إلى العلاج السلوكى.

وفى العقدين الأخيرين من القرن العشرين، نضجت العديد من طرق العلاج النفسى وظهر العديد من الطرق التوفيقية والتركيبية فى العلاج النفسى، وتطورت مقررات علم النفس العلاجى وأصبح تدريس علم النفس العلاجى يحظى بالكثير من التطوير واستخدام أحدث الوسائل باستخدام الكمبيوتر، لتناسب إعداد المتخصصين فى علم النفس العلاجى للقرن الحادى والعشرين. (جون سولر Suler، ١٩٨٧، روبيرت وودوورث، لى سيكريست Woodworth & Sechrest، ١٩٩٢).

وأخذ علم النفس العلاجى اتجاها جديداً يتمثل فى «علم النفس العلاجى التنموى» Developmental Clinical Psychology.

وتطورت برامج دراسة علم النفس العلاجى فى الجامعات، وظهرت العيادات النفسية المستقلة التى تمارس العلاج النفسى بطرق تتطور عاما بعد عام. وتقدمت البحوث العلمية التى تنشر فى الدوريات العلمية المتخصصة فى علم النفس العلاجى. (حامد زهران، ١٩٩٧).

وتبشر البحوث والدراسات المبتكرة بمستقبل مشرق وتقدم ملموس فى علم النفس العلاجى. ومن الابتكارات الجديدة، استخدام السينما فى العلاج النفسى باعتبارها وسيلة تعليمية، تستثير المناقشة وتساعد فى مقاومة

المقاومة والتخفف من الدفاعات فى عملية العلاج وأطلق عليه وليام هاس Haas (١٩٩٥) العلاج بالسينما Cinematherapy.

ويشير ميشيل آدمز ستيفكو Adams - Stefko (١٩٩٥) إلى تعاظم الاستفاده من التطور التكنولوجى والتوافق مع التكنولوجيا الجديدة مع دخول القرن الحادى والعشرين فى مجتمع التكنولوجيا المتقدمة hi - tech society.

مسلمات فى علم النفس العلاجى:

توجد مسلمات عديدة فى علم النفس العلاجى، ومن أهمها ما يلى:

* **السلوك يحركه دافع ويسعى لإشباع حاجة:** وتنتظم الدوافع والحاجات على شكل تدريج هرمى، وبعضها أقوى من الآخر ، والبعض أولى والبعض الآخر ثانوى.

* **السلوك الإنسانى يتحدد بدوافع شعورية ولا شعورية:** يركز رواد التحليل النفسى على الصراعات والدوافع اللا شعورية كعمليات افتراضية، ويصف آخرون هذه العمليات بأنها عمليات غيبية، ويفضل رواد النظريات الحديثة الحديث عنها على المستوى الشعورى المدرك المحسوس. وعلاوة على ذلك فإن معظم المعالجين النفسيين يسلمون بأن السلوك الإنسانى قد يتحدد بعمليات ليس الإنسان على وعى بها كلية.

* **السلوك أنماط متعددة:** أساليب السلوك عمومًا مكتسبة ومتعلمة من البيئة، ويؤكد رواد نظريات الشخصية والسلوكيون أن التفاعل قائم بين خصائص الكائن الإنسانى الوراثية والبيئية المكتسبة وعمليات التعلم.

* **يتصف السلوك بالاتساق والاطراد:** يتميز السلوك الإنسانى بالاتساق والاطراد فى الدوافع وأساليب السلوك، وإشباع الدوافع والحاجات وهذا الاطراد فى السلوك هو الذى يسمح بالتنبؤ بسلوك الفرد المستقبل

فى ظروف مختلفة حيث يحاول المعالج النفسى أن يحدد الأساليب المطردة فى التفكير والاستجابات.

* **الشخصية تنظيم دينامى ثابت نسبيًا**: يمكن النظر إلى الشخصية على أنها تنظيم ثابت نسبيًا للنواحى النفسية والجسمية التى تحدد سلوك الفرد وأسلوب حياته، وهى نتاج تفاعل دينامى للإمكانات الداخلية ـ النفسية الأساسية مع العلاقات الإنسانية فى إطار اجتماعى . لذلك يجب النظر إلى الشخصية وإلى السلوك الذى يصدر عنها على أنها نتاج تفاعل الأجهزة المختلفة أو نتاج الصراع المتفاعل ما بين القوى الذاتية من جهة وبين القوى الموضوعية من جهة أخرى ، والفرد المتوافق هو الذى يستطيع أن يحل صراعاته ويزيل توتراته ويشبع حاجاته بما يتلاءم مع الواقع . أما الفرد غير المتوافق فهو يلجأ إلى حيل الدفاع اللاشعورية.

* **الشخصية وحدة كلية**: الشخصية وحدة كلية متكاملة، ولذلك فإن الأعراض الخاصة بالمرض ليست بمعزل عن الشخصية، ولكل عرض معنى وصلة وثيقة بحياة المريض النفسية، ولذلك فليست للأعراض فى المنهج العلاجى من دلالة أو معنى إلا بالرجوع لوحدة الشخصية فى صلتها بالعالم، والنظرة الكلينيكية لا تقتصر على قطاع سلوكى بعينه وإنما تضع فى اعتبارها كافة الاستجابات التى تصدر عن الفرد ككل.

* **الشخصية وحدة زمنية**: ومعنى ذلك أن استجابات الشخصية لموقف معين إنما تتضح فى ضوء تاريخ الفرد وحاضره واتجاهه للمستقبل ، ولذلك تعتبر دراسة الحالة من الأدوات الرئيسية التى تعين المعالج النفسى على تشخيص وفهم حالة الفرد وعلاقته بالبيئة. (عطوف ياسين، ١٩٨١ ، فيصل عباس ، ١٩٨٣).

المنهج العلاجى (الكلينيكى):

يهدف المنهج العلاجى إلى مساعدة الفرد المضطرب سلوكيًا بصرف

النظر عن مجال الاضطراب. وسواء كان الفرد مريضًا بالحمى أو طفلاً لديه نوبة غضب أو طالبًا متخلفًا دراسيًا أو عاملاً يعانى من مشكلات مهنية، فإن الجميع يبحثون عن العلاج الذى يحتاجون إليه والمساعدة فى حل مشكلاتهم.

والعاملون فى مجال علم النفس العلاجى، والذين يستخدمون المنهج العلاجى يعرفون أهدافهم ، وهى: العلاج، ويعرفون منهجهم، وهو: المنهج العلاجى.

ومصطلح «كلينيكى» Clinical مشتق من مصطلح يونانى يعنى «سريرى». وقد أخذ هذا المصطلح معنى طبيًا مع مرور الزمن، وأخذ معنى «عيادى». وعلى العموم فإن المنهج الكلينكى يتضمن فحص المريض، وتشخيص حالته، وعلاجه سواء كان ذلك على السرير أو فى العيادة أو فى أى مكان آخر.

ويقصر البعض مصطلح «كلينيكى» – فى مقابل علمى – على الخبرة العلاجية التطبيقية الميدانية مقابل دراسة العلوم الأساسية اللازمة لمهنة العلاج وعلى ذلك فإن طالب علم النفس العلاجى عليه أن يكتسب المعارف العلمية الأساسية والخبرة العلاجية اللازمة فى تدريبه.

والمنهج الكلينيكى فى علم النفس العلاجى قريب إلى حد كبير من ميدان الطب وليس مطابقًا له، على الرغم من اشتراك علم النفس العلاجى أو العلاج النفسى فى عناصر كثيرة مع الطب النفسى Psychiatry.

ويعتبر لينتر ويتيمر Witemer أول من أنشأ عيادة نفسية فى جامعة بنسيلفانيا بأمريكا فى أواخر القرن التاسع عشر، وبالتحديد سنة ١٨٩٦، وقدم المنهج الكلينيكى فى علم النفس كطريقة بحث وعمل، تقوم على دراسة وفحص حالات كثيرة (حالة فى كل مرة) يمكن الخروج منها

بتعميمات تكوّن المادة العلمية لعلم النفس العلاجى وهو بهذا يعتبر أن العيادة النفسية هى مكان بحث ودراسة وفحص وتشخيص وعلاج.

ومع مرور الوقت تطور المنهج العلاجى، ولم يعد قاصراً فقط على الجوانب النفسية. فمنذ أيام سيجموند فرويد Freud تطورت طرق التشخيص - خاصة الأساليب الإسقاطية.

والمنهج الكلينيكى فى علم النفس العلاجى فى الوقت الحاضر يتضمن تطبيق مبادئ علم النفس وقوانينه ونظرياته وفنياته لحل مشكلات الفرد وعلاج اضطرابه ومرضه. واتسع المجال المعرفى والتطبيقى ليشمل قوانين علم النفس، ونظرياته الشخصية، والطب النفسى، والتحليل النفسى، وعلم الإنسان، وعلم الاجتماع، والتاريخ الطبيعى.

وعلى العموم فإن المنهج الكلينيكى يقوم بدراسة الحالات دراسة عميقة تشكل كل حالة منها شخصاً بأكمله بقصد فهمه وعلاجه.

(روبرت واطسون Watson، ١٩٥١، فيصل عباس، ١٩٨٣).

أهداف علم النفس العلاجى:

حدد المعالجون النفسيون أهداف علم النفس العلاجى فيما يلى:

* **نمو الشخصية**: تنمو شخصية الفرد نمواً مستمراً بما يتميز به من خصائص ذاتية ترجع لما يتعرض له الفرد من عوامل وراثية وبيئية، وتعرض الفرد للمشكلات التى قد تعوق النمو النفسى. ويهدف العلاج إلى مساعدة الفردفى كيفية حل هذه المشكلات أو ما قد يطرأ منها فى حياته اليومية.

* **التوافق النفسى**: وهوتوافق الفرد مع نفسه ومع الآخرين شخصيًا ومهنيًا وزواجيًا وأسريًا واجتماعيًا وانفعاليًا.

* **الصحة النفسية** : ويتمثل ذلك فى تحقيق الصحة النفسية للفرد والمجتمع. (مصطفى فهمى، ١٩٦٧).

مجالات علم النفس العلاجى:

لعلم النفس العلاجي مجالات ثلاثة رئيسية هي:

* **الدراسة النظرية:** وتشتمل على دراسة الشخصية، والأمراض النفسية والعقلية، واضطرابات السلوك، والعلاج النفسي.
* **الدراسة التطبيقية:** وتشتمل على دراسة الحالة وتاريخها وإجراء الاختبارات التشخيصية ، وعملية العلاج.
* **العيادة النفسية:** وتشتمل على ، تنظيمها، والهيئة التي تعمل بها، وإجراءات العمل، وأخلاقيات العمل. (مصطفى فهمي ، ١٩٦٧).

علم النفس العلاجى والعلوم المتصلة به:

يأخذ علم النفس العلاجي من عدد من العلوم ويعطيها، وذلك على النحو التالى : (انظر شكل ٢).

* **الطب:** **Medicine**

يهتم الطب بدراسة الأمراض وعلاجها ، ويعتبر الطب من أوثق العلوم المتصلة بعلم النفس العلاجي ، حيث يصاحب الأعراض الجسمية سوء توافق لدى الفرد. فالفرد المصاب بأمراض جسمية فى العادة يعانى من اضطرابات نفسية مصاحبة للمرض الجسمي.ومن أمثلة ذلك حالات أمراض الجهاز العصبى التى تظهر فى شكل سلوك مضطرب للمريض. ومن أبرز ما يشترك فيه العلاج النفسي والطب الاضطرابات النفسية الجسمية Psychosomatic Disorders .

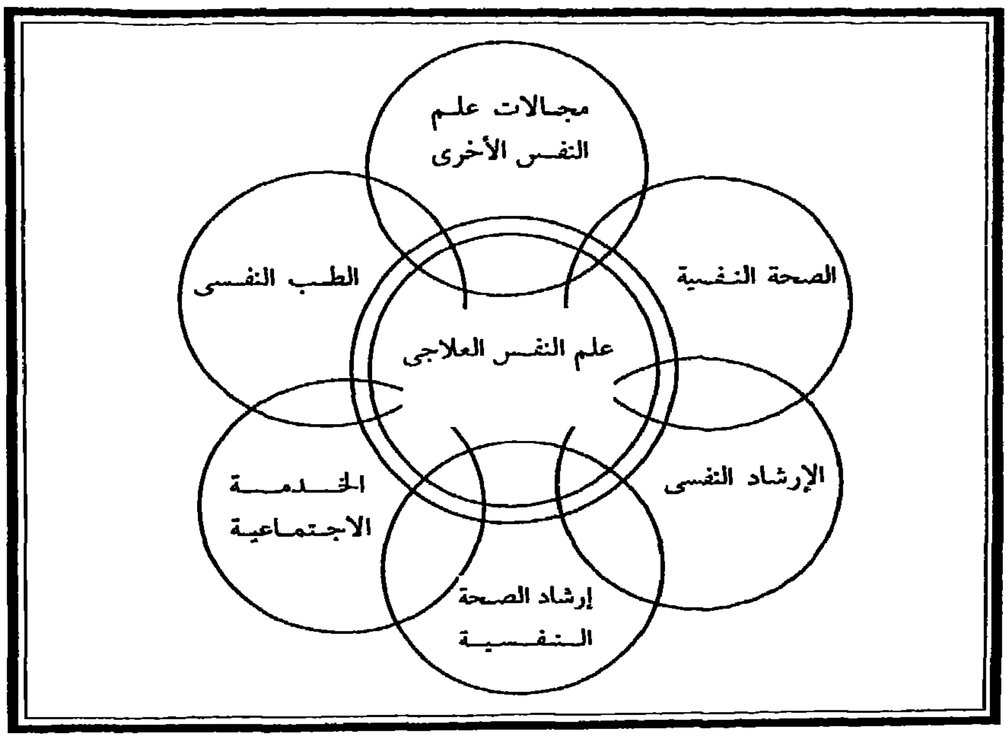
* **الطب النفسى:** **Psychiatry**

يشترك علم النفس العلاجي والطب النفسي فى دراسة سلوك الإنسان غير السوى مثل الأمراض العصابية أو الأمراض الذهانية. والطبيب النفسي واحد من فريق العلاج النفسي.

*** التوجيه والإرشاد النفسي:**

Psychological Guidance & Counselling

توجد علاقة قوية بين مجال التوجيه والإرشاد وبين علم ا لنفس العلاجي، وذلك بحكم دراسة وتدريب وتطبيق مجموعة من الاختبارات والمقاييس الشاملة، وذلك لتحديد وتوجيه حالات التأهيل المهني، والمرضى النفسيين ، وضعاف العقول.



شكل (٢) علم النفس العلاجى والعلوم المتصلة به

*** الخدمة الاجتماعية: Social Work**

وتسهم في ميدان العلاج النفسي كما فى التربية الاجتماعية للجانحين ودراسة حالاتهم اجتماعيًا، وأسريًا، ومهنيًا، والمشاركة فى التوجيه والإرشاد النفسى، والعلاج الجماعى والاجتماعى، والأخصائى الاجتماعى عضو فى فريق العلاج النفسى .

*** علم الصحة النفسية : Mental Hygiene**

وهومن العلوم الأساسية التى يقوم عليها علم النفس العلاجى . فعلم الصحة النفسية هو الدراسة العلمية للصحة النفسية وعملية التوافق النفسى والمشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية ، والوقاية منها، وعلاجها.

*** إرشاد الصحة النفسية:Mental Health Counselling**

إرشاد الصحة النفسية هو إرشاد موجه علاجياً، لتحقيق أفضل مستوى من التوافق والصحة النفسية، عن طريق النمو النفسى السوى، والوقاية من الاضطرابات النفسية، واستخدام طرق العلاج النفسى. (حامد زهران،١٩٩٨).وهكذا، فإن إرشاد الصحة النفسية يعبر عن الصفة المزدوجة والاتصال بين الإرشاد النفسى والصحة النفسية، التى يمكن تحقيقها بطرق الإرشاد والعلاج النفسى معا. (بيتر شيرارد Sherrard، ١٩٨٩).

*** مجالات علم النفس الأخرى:**

باعتبار علم النفس العلاجى أحد مجالات علم النفس التطبيقى فإنه فى واقع الأمر يفيد من كافة مجالات علم النفس الأخرى مثل : علم النفس العام، وعلم النفس المرضى، وعلم النفس التعليمى، وعلم النفس الفسيولوجى، وعلم نفس النمو، وعلم النفس الاجتماعى، وعلم نفس غير العاديين، وعلم نفس الشخصية، والقياس النفسى، وعلم النفس العسكرى ، وعلم النفس الجنائى.

*** علوم أخرى:**

وبالإضافة إلى ما سبق، يفيد علم النفس العلاجى من علوم أخرى مثل: علم الاجتماع، وعلم الإنسان، وعلم الأحياء، ويفيد علم النفس العلاجى أيضًا من العلوم الدينية والقانونية.

بحوث ودراسات عربية في علم النفس العلاجي:

فيما يلى بعض البحوث والدراسات العربية التى تمت فى مجال علم النفس العلاجى:

- إجلال سرى(١٩٨٢) التوافق النفسى لدى المدرسات المتزوجات والمطلقات وعلاقته ببعض مظاهر الشخصية.
- إجلال سرى (١٩٩٠) التوافق المهنى لدى مدرسى ومدرسات المواد المختلفة فى التعليم الإعدادى والثانوى.
- إجلال سرى (١٩٩١) التوافق المهنى والزواجى لعضوات هيئة التدريس بالجامعة.
- أمينة مختار (١٩٨٥) دراسة فاعلية البرنامج السلوكى السريع لتقبل الطفل للمدرسة.
- أمينة مختار (١٩٩٣) مدى فاعلية طريقتين من الطرق السلوكية فى التغلب على الاكتئاب عند المراهقين.
- بثينة مصطفى زيور (١٩٧٩) صورة الجسم : دراسة فى التحليل النفسى لصورة الجسم لدى الأطفال العصابيين باستخدام أدوات البحث الكلينيكى.
- جمال ماضى أبو العزايم (١٩٧٠) تجربة المعسكرات فى علاج الأمراض النفسية.
- حامد زهران (١٩٧٢) مفهوم الذات الخاص فى التوجيه والعلاج النفسى.
- حامد زهران (١٩٧٣) الوقاية من المرض النفسى.
- حامد زهران (١٩٧٥) العلاج النفسى الدينى.
- حامد زهران (١٩٧٦) دليل فحص ودراسة الحالة فى الإرشاد والعلاج النفسى.

- حامد زهران (١٩٧٧) مقدمة فى الإرشاد والعلاج النفسى وأثرها فى الإرشاد والعلاج: دراسة كلينيكية.
- حامدزهران(١٩٨٠) العلاج النفسى التربوى للأطفال.
- حامد زهران (١٩٨٦) العلاج بالموسيقى، دراسة استطلاعية، ودعوة للبحث والتطبيق.
- حامد زهران (١٩٨٨) الوقاية فى مجال الإدمان.
- حسام عزب (١٩٧٨) العلاج السلوكى الحديث.
- حسام عزب (١٩٨٠) دور العلاج السلوكى فى تعديل سلوك الأطفال.
- حسين عبد القادر (١٩٧٤) الفصام : بحث فى العلاقة بالموضوع كما تظهر فى السيكودراما.
- سامى ملحم (١٩٨٧) دراسة لاستخدام الرسم فى علاج الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال.
- سامى هاشم (١٩٨٩) الاتجاه نحو طلب المساعدة النفسية: دراسة على طلاب وطالبات الجامعة والمرحلة الثانوية.
- سامية زكى (١٩٧٩) التشخيص الفارق بين العصابيين والذهانيين والأسوياء باختبارات التذكر.
- سامية القطان (١٩٨٠) كيف تقوم بالدراسة الكلينيكية.
- سامية القطان (١٩٨١) أمثلة كلينيكية من الواقع المصرى.
- سعيد عيد (١٩٧٤) موقف التحليل النفسى من قضايا علم الاجتماع المعاصر.
- سهير كامل على (١٩٨١) دراسة كلينيكية متعمقة فى شخصية المتفوقين من الجنسين باستخدام منهج دراسة الحالة.
- سيد صبحى (١٩٧٦) العلاج العائلى من أحدث طرائق العلاج النفسى.
- سيد صبحى (١٩٧٨) علاج الاتجاهات كأسلوب للعلاج النفسى.
- سيد صبحى (١٩٧٨) التوافق النفسى للمراهق والمراهقة فى(واحة

الباويطى) وعلاقته بسلوكه الاجتماعى: دراسة تجريبية كلينيكية.
- صفاء غازى (١٩٩٢) فاعلية العلاج الجماعى (السيكودراما) والممارسة السلبية لعلاج اللجلجة.
- صفوت فرج (١٩٨٦) أبعاد الشخصية والخصائص الكلينيكية فى مفهوم الذات.
- عايدة عبد الحميد (١٩٩٠) العلاج بالفن مدخل نفسى وتنموى لرعاية الطفل المتخلف عقليا: دراسة حالات.
- عبد الباسط خضر (١٩٩٠) دراسة فاعلية أسلوبى اللعب الجماعى الموجه والسيكودراما فى علاج مخاوف الأطفال فى المدرسة.
- عبد الباسط خضر (١٩٩١) دراسة لمخاوف الأطفال من المدرسة، أسبابها وإرشاد الآباء لعلاجها: دراسة سيكومترية كلينيكية.
- عبد الرحمن سليمان (١٩٩٣) الإضعاف - التضاؤل التدريجى كفنية سلوكية مقترحة لعلاج المخاوف المرضية وبعض الاضطرابات السلوكية.
- عبد الرقيب البحيرى (١٩٨٥) تشخيص القلق باستخدام اختبار رورشاخ.
- عبد الرقيب البحيرى (١٩٨٥) الشخصية النرجسية: دراسة فى ضوء التحليل النفسى.
- عبد الستار إبراهيم (١٩٨٧) التخطيط الكلينيكى لبرامج العلاج النفسى السلوكى وتنفيذها بين جماعات صغيرة من المرضى.
- عبد الصبور سعدان (١٩٨٠) أثر ممارسة اتجاه العلاج الأسرى فى التوافق الشخصى والاجتماعى للأطفال المودعين بالأسر البديلة.
- عبد اللطيف عمارة (١٩٨٥) العلاج العقلانى الانفعالى لبعض الأفكار الخرافية لدى عينة من طلبة الجامعة.
- عزيزة السيد (١٩٨١) أنماط القيم الدينية لدى عينة من الشابات المسلمات وعلاقتها بأساليب تنشئتهن وتوافقهن النفسى.

- علي السيد سليمان (١٩٨٩) مدى تأثير العلاج النفسي الجمعي غير الموجه على مجموعة من طلاب الجامعة الذين يعانون من بعض الاضطرابات النفسية: دراسة كلينيكية.
- فؤاد حامد الموافى (١٩٩٢) فاعلية العلاج بممارسة الألعاب الرياضية الصغيرة فى خفض مستوى الخجل فى إطار تغيير وتثبيت مجموعة اللعب: دراسة تجريبية.
- فؤاد حامد الموافى (١٩٩٣) فعالية التعرف المعرفى فى تعديل الاتجاه نحو المرض النفسى فى إطار متغير أسلوب التعرض: دراسة تجريبية.
- فؤاد حامد الموافى (١٩٩٣) أثر ممارسة (الاسترخاء - التخيل) على قلق الامتحان الشفهى والأداء الأكاديمى، وعلاقته بعدد وأسلوب الجلسات العلاجية: دراسة تجريبية.
- فاروق أبو عوف (١٩٨٢) رهاب المدرسة: العوامل المؤدية لظهوره، وأساليب علاجه، والتخلص منه.
- فيوليت فؤاد (١٩٧٣) دراسة تحليلية لأحلام اليقظة لدى المراهقات وعلاقتها بحاجاتهن النفسية ومشكلاتهن الانفعالية.
- فيوليت فؤاد (١٩٩٢) مدى فاعلية برنامة لتعديل سلوك الأطفال المتخلفين عقليا والمصابين بأعراض داون من فئة القابلين للتعلم.
- كريمة خطاب(١٩٨٣) المشكلات التوافقية لأطفال الحضانة: دراسة فى التحليل النفسى.
- كوثر رزق (١٩٩٠) دراسة مقارنة فى فاعلية برنامج لعلاج التبول اللاإرادى لدى مجموعتين من الأطفال.
- لوسيل لويس (١٩٨٤) استخدام بعض الأساليب الحديثة (اللعبة، والسيكودراما) فى تدريس اللغة الفرنسية وأثرها على التحصيل والتوافق النفسى للأطفال.
- ماهر الهوارى (١٩٧١) دراسة تجريبية مقارنة لديناميات تعيين الذات وصورة الجسم فى فئات كلينيكية مختلفة.

- مجدى حسن محمود وأحمد خيرى حافظ (١٩٨٩) أثر العلاج النفسى الجماعى فى تخفيض القلق والسلوك العدوانى وازدياد الثقة بالنفس وقوة الأنا لدى جماعة عصابية: دراسة تجريبية.
- مجدى حسن محمود وأحمد خيرى حافظ (١٩٩٠) أثر العلاج النفسى الجماعى فى ازدياد تأكيد الذات وتقديرها وانخفاض الشعور بالذنب وانعدام الطمأنينة الانفعالية لدى جماعة عصابية: دراسة تجريبية.
- محمد الشيخ (١٩٨٦) أثر العلاج العقلانى الانفعالى والتحصين المنهجى فى تخفيف قلق الامتحان.
- محمد الشيخ (١٩٩٠) أثر العلاج العقلانى الانفعالى والتحصين المنهجى فى تخفيف قلق الامتحان.
- محمد الشيخ (١٩٩٠) الأفكار اللاعقلانية لدى الأمريكيين والأردنيين والمصريين: دراسة عبر ثقافية فى ضوء نظرية إليس للعلاج العقلانى الانفعالى.
- محمد الشيخ (١٩٩٠) أثر العلاج بالواقع فى تعديل مفهوم الذات لدى المعاقين جسميا.
- محمد شعلان (١٩٧٠) الكم والكيف فى علاج الأمراض النفسية.
- محمد محمد بيومى خليل (١٩٨٩) علاج انحراف الشباب من منظور إسلامى.
- محمود إبراهيم فرج (١٩٩٢) فاعلية العلاج العقلانى الانفعالى فى حل مشكلات المراهقة.
- نبيل حافظ (١٩٨٢) مدى فاعلية العلاج الجشتالتى فى تخفيف القلق لدى طلاب المرحلة الثانوية.
- نبيل حافظ (١٩٨٥) تجربة فى المعسكرات العلاجية.
- هدى برادة وحامد زهران (١٩٧٤) التأخر الدراسى: دراسة كلينيكية لأسبابه فى البيئة المصرية.

المجلات العلمية الدورية العالمية المتخصصة فى علم النفس العلاجى:

من المجلات العلمية الدورية العالمية المتخصصة فى العلاج النفسى وبحوثه ما يلى:

- Academic Therapy.
- American Collective Therapy Journal.
- American Journal of Art Therapy.
- American Journal of Psychotherapy.
- Annals of Clinical Research.
- Art Psychotherapy.
- Arts in Psychotherapy.
- Art Therapy.
- Behavior Modification.
- Behavior Modification Monographs.
- British Journal of Social and Clinical Psychology.
- Bulletin of Art Therapy.
- Bulletin of the British Association of Psychotherapists.
- Clinical Psychologist.
- Chinical Science.
- Clinical Social Work Journal.
- Cognitive Therapy and Research.
- Current Therapertic Research.
- Developmental Clinical Psychology & Psychiatry.
- Etudes Psychotherapiques.
- Indian Journal of Clinical Psychology.
- Journal of Behavioral Analysis and Modification.
- Journal of Child Psychotherapy.
- Journal of Chinical Child Psychology.
- Journal of Clinical Experimental Psyhopathology.
- Journal of Clinical Psychology.
- Journal of Consulting and Ciinical Psychology.
- Journal of Primal Therapy.
- Journal of Sex and Marital Therapy.
- Multivariate Experimental Clinical Research.
- Music Therapy Perspectives.
- Praxis Psychotherapie.
- Psychotherapy :Theory , Research and Practice.
- Radical Therapist.
- Voices: Journal of the American Academy of Psychotherapists.

الفصل الثانى
الصحة النفسية
MENTAL HEALTH

تعريف الصحة النفسية:


شكل (٣)
عبدالعزيز القوصى رائد الصحة النفسية

أورد المؤلفون تعريفات للصحة النفسية نذكر منها ما يلى:

* هى التوافق التام أوالتكامل بين الوظائف النفسية المختلفة، مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية العادية التى تطرأ عادة على الإنسان، ومع الشعور الإيجابى بالسعادة والكفاية.
(عبد العزيز القوصى ، ١٩٦٢).

* هى حالة تكامل طاقات الفرد المختلفة بما يؤدى إلى حسن استثماره لها، ومما يؤدى إلى تحقيق وجوده – أى تحقيق إنسانيته . (عبدالسلام عبد الغفار، ١٩٧٦).

* هى توافق الفرد توافقًا سليمًا للحياة، والتعايش مع الآخرين، والشعور بالسعادة والراحة النفسية مع نفسه ومع الآخرين. (محمد خليفة بركات، ١٩٧٨).

* هى المهارة فى تكوين علاقات شخصية – اجتماعية فعالة ، والدخول فى علاقات اجتماعية إيجابية ومقبولة من الفرد والمجتمع . (عبد الستار إبراهيم، ١٩٨٣).

* هى حالة دائمة نسبيا، يكون فيها الفرد متوافقًا نفسيًا مع نفسه ومع بيئته، ويشعر فيها بالسعادة مع نفسه، ومع الآخرين، ويكون قادراً على تحقيق

ذاته، واستغلال قدراته وإمكاناته، ويكون قادراً على مواجهة مطالب الحياة ، وتكون شخصيته سوية، ويكون سلوكه عاديًا بحيث يعيش فى سلامة وسلام (حامد زهران، (١٩٩٧).

وتعرّف المؤلفة الصحة النفسية بأنها: «حالة يكون فيها الفرد متوافقًا نفسيًا، ويشعر بالسعادة والكفاية والراحة النفسية، ويكون قادراً على تحقيق ذاته واستغلال قدراته واستثمار طاقاته، ويكون قادراً على مواجهة مطالب الحياة وإدارة الأزمات النفسية، وتكون شخصيته سوية متكاملة، ويكون سلوكه عاديًا.»

مظاهر الصحة النفسية:

من أهم مظاهر الصحة النفسية ما يلى:

* **السوية**: وهى التمتع بالسلوك العادى المعيارى، أى المقبول والمألوف والغالب على حياة غالبية الناس فى المجتمع.
* **التوافق**: ويتضمن التوافق الشخصى، والرضا عن النفس والاتزان الانفعالى، والتوافق الاجتماعى، والزواجى، والأسرى، والمدرسى، والمهنى .
* **السعادة**: وتتضمن الشعور بالسعادة مع النفس ومع الآخرين، والتكامل الاجتماعى والصداقات الاجتماعية.
* **التكامل**: ويقصد به التكامل النفسى الذى يكفله تكامل الشخصية وظيفيًا وديناميًا، وتكامل الدوافع النفسية.
* **تحقيق الذات**: ويتضمن فهم الذات، ومعرفة القدرات، وتقدير الذات وتقبلها، ووضع أهداف ومستويات تطلع وفلسفة حياة يمكن تحقيقها فى ثقة.

* **مواجهة مطالب الحياة**: ويتضمن ذلك مواجهة الواقع، ومواجهة مواقف الحياة اليومية والمشكلات وحلها، وتحمل المسئولية الاجتماعية فى مجال الأسرة والعمل والعلاقات الاجتماعية.
* **الفاعلية**: وتتضمن السلوك الموجه نحو حل المشكلات وتخفيف الضغوط عن طريق المواجهة المباشرة لمصدر هذه المشكلات وتلك الضغوط.
* **الكفاءة**: وتتضمن استخدام الطاقة فى وقتها من غير تبديد لجهود الفرد، وهو من الواقعية بدرجة تمكنه من تخطى العقبات، وبلوغ الأهداف.
* **الملاءمة**: وتعنى ملاءمة الأفكار والمشاعر والتصرفات فى المواقف المختلفة.
* **المرونة** : وتتضمن القدرة على التوافق والتعديل لمواجهة الصراع والإحباط، وذلك لحل المشكلات بدلاً من تجميدها على النظم القديمة، والرغبة فى التعلم وفى التغيير والتجريب.

(حامد زهران ١٩٩٧، ريتشارد سوين ، ١٩٧٩ مصطفى الشرقاوى ، ١٩٨٣، فيصل الزراد، ١٩٨٤).

الصحة النفسية والدين:

مما لا شك فيه أن الدين الإسلامى قد جاء لمصلحة بنى البشر وإنقاذاً لهم مما كانوا يتخبطون فيه من فساد فى العقيدة وأمراض فى النفوس والأجساد، ومعضلات اقتصادية واجتماعية، وحروب لا تبقى ولا تذر. وجاء هذا الدين خاتمة للأديان السماوية التى جاءت من قبله، جاء للناس كافة كدين عالمى وإنسانى.

والإسلام هو خاتم الرسالات، ولذلك كان لابد أن يكون شاملاً يتناول الإنسان فى كليته وفى مجتمعه وفى سوائه ومرضه، يتناوله فى علاقته بخالقه وما تقتضيه تلك العلاقة من عبادة للخالق وتقرباً إليه وطلب العون منه عند الشدة.

والصحة النفسية على أساس النظرة الإسلامية للإنسان تؤكد أهمية أن يعيش الإنسان على فطرته فى قرب من الله ، وسلام مع الناس ، وسلام وسلامة مع النفس، ونجاح فى الحياة. وهذا المفهوم يرتبط أساسًا بديننا الحنيف وثقافتنا العربية الإسلامية، وهو فى نفس الوقت ذو طابع يشمل أبعاد الإنسان الروحية والنفسية والحيوية والاجتماعية .(محمد عودة وكمال مرسى، ١٩٨٤).

وفيما يرى أبو حامد الغزالى عن الصحة النفسية فى رأى الدين: أن السواء والصحة النفسية مرجعهما إلى التقوى والورع والخشية ونقاء السريرة.

ولقد بين علماء الدين السلوك النفسى السوى مقتدين بكتاب الله وسنة رسوله، وأوضحوا حقيقة النفس وأقسامها، وخصائصها ، وأوضاعها وصفاتها، والأمراض التى تصيبها مثل : العجب والغرور والطمع والشره والرياء.

ولقد نزل القرآن الكريم لهداية الناس جميعًا ولدعوتهم إلى العقيدة والتوحيد، ولتعليم قيم وأساليب جديدة لإرشادهم إلى السلوك السوى الذى فيه صلاح الإنسان وخير المجتمع، ولتوجيههم إلى الطرق الصحيحة لتربية النفس وتنشئتها تنشئة سليمة تؤدى إلى بلوغ الصحة النفسية والتوافق النفسى للإنسان. ويقول الله تعالى فى ذلك : ﴿يَا أَيُّهَا النَّاسُ قَدْ جَاءَتْكُم مَّوْعِظَةٌ مِّن رَّبِّكُمْ وَشِفَاءٌ لِّمَا فِي الصُّدُورِ وَهُدًى وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ﴾. ويقول تعالى : ﴿...قُلْ هُوَ لِلَّذِينَ آمَنُوا هُدًى وَشِفَاءٌ...﴾ .

ومن المنظور الدينى، نرى أن الصحة النفسية أساسها سلامة العقيدة وسلامة النفس والجسد من الأمراض والانحرافات والأهواء، وسلامة العلاقات الاجتماعية بين الفرد والجماعة .

وتحتل الصحة النفسية للفرد مكان الصدارة باعتبار أنها تشكل مصلحة رئيسية للفرد. والمتتبع لموضوع الصحة النفسية فى مصادر الدين الإسلامى

يجد الشروط التى يجب توافرها لتحقيق الصحة النفسية، ونذكر منها ما يلى:

* الإيمان بالله وملائكته وكتبه ورسله واليوم الآخر، وقضائه وقدره: فالصحة النفسية تتطلب سواء العقيدة الإيمانية وتعنى الشعور بالأمن بعد الخوف ، وسعة الرزق ، والاستخلاف فى الأرض ، والحياة الطيبة، وأخيراً تعنى الصحة النفسية الاطمئنان على حسن الختام والفوز برضى الله.

* سلامة القلب من أمراض الشبهة والشك، وأمراض الشهوة والغى: فعدم سلامة القلب تؤدى إلى اختلال العقيدة الإيمانية ، وأمراض الشهوة والغى تحول فطرة الإنسان الخيرة إلى الحيوانية التى لا تعرف كيف تضبط غرائزها ولا كيف تشبع الحاجات.

* عدم الخضوع لمطالب النفس الأمارة بالسوء أو لمطالب النفس اللوامة المغالية : فالنفس الأمارة بالسوءتدفع بصاحبها إلى طريق الشر حيث الكفر والإلحاد والقتل والربا وأكل مال اليتيم وشرب الخمر والزنا والقعود عن الجهاد.. إلخ، فينحرف الإنسان عن جانب الصواب، أما النفس اللوامة المغالية ، فمهمتها اللوم العنيف لصاحبها، وتهديده بالعقاب ، ودفعه للانتقام من نفسه على ما ارتكبه من معاصى وتخويفه حتى يفقد أمنه فلا يجد له ملجأ ويعيش ينتظر قضاءه.

* سلامة الجسم من الأمراض وقوته : فالمؤمن القوى السليم خير من المؤمن الضعيف المريض.

* سلامة النفس من الهم والحزن والعجز والكسل والجبن والبخل وغلبة الدين وقهر الرجال.

* التمتع بعلاقات اجتماعية سليمة وتحمل المسئولية الاجتماعية، واحترام إرادة الجماعة، والالتزام بما تتفق عليه ، والشعور بآمال وآلام الجماعة، ومشاركتها أفراحها وأتراحها.

* حسن الخلق: هوأن يتعامل الفرد مع الله ومع نفسه ومع الناس معاملة حسنة، وحتى ينمو الفرد ككل متكامل بأبعاده الأساسية وهى:الجسمية والعقلية والاجتماعية والانفعالية. (محمدعودة وكمال مرسى، ١٩٨٤، ناهد الخراشى، ١٩٨٧، كمال إبراهيم مرسى ، ١٩٨٨).

معاييرالصحةالنفسية:

للصحة النفسية معايير منها ما يلى:

* **المعيار المثالى:** هو المبالغة فى التقدير ورفع الشأن بما يقرب من الكمال، واعتبار السوية هى المثال.
* **المعيار الذاتى:** هو السلوك السوى الذى يحقق للفرد الشعور بالارتياح والتخفف من توتراته، ويحرره من صراعه وقلقه، ويشعره بالكفاءة والجدية، ويمكنه من تحقيق أهدافه وإشباع حاجاته، ويساعده على التوافق الجيد مع نفسه ومع الآخرين، ويوصله إلى التكامل بين جوانب شخصيته، واتساق بين مشاعره وأفكاره، وبين أقواله وأفعاله. ويمتاز المعيار الذاتى بسهولة تطبيقه وشيوعه بين أفراد المجتمع، فكل فرد يصف سلوكه فى ضوء إطاره المرجعى.
* **المعيار الاجتماعى:** هوكل سلوك يقوم على احترام العقائد الدينية والقيم والمبادئ والعادات والتقاليد التى تعمل على تماسك واستقرار أفراد المجتمع.
* **المعيار الإحصائى:** هو تكرار السلوك وانتشاره وشيوعه بين أفراد المجتمع بشكل واضح.
* **المعيار الإسلامى:** هو السلوك الذى يقوم على عمل الواجب ابتغاء مرضاة الله تعالى، وإجتناب المحرمات أو المكروهات خوفا من سخط الله. يقول الله تعالى: ﴿وَأَمَّا مَنْ خَافَ مَقَامَ رَبِّهِ وَنَهَى النَّفْسَ عَنِ الْهَوَىٰ ۞ فَإِنَّ الْجَنَّةَ هِيَ الْمَأْوَىٰ﴾ (النازعات: ٤٠، ٤١).

الفصل الثالث

التوافق النفسى

PSYCHOLOGICAL ADJUSTMENT

التوافق النفسى هو جوهر الصحة النفسية وهدف العلاج النفسى، ففى جميع تعريفات الصحة النفسية والعلاج النفسى يأتى التوافق النفسى فى مقدمة التعريفات.

تعريف التوافق النفسى:

التوافق النفسى هو عملية دينامية مستمرة ، يحاول فيها الفرد تعديل ما يمكن تعديله فى سلوكه وفى بيئته (الطبيعية والاجتماعية) وتقبل ما لا يمكن تعديله فيهما، حتى تحدث حالة من التوازن والتوفيق بينه وبين البيئة تتضمن إشباع معظم حاجاته الداخلية، ومقابلة أغلب متطلبات بيئته الخارجية .(إجلال سرى، ١٩٨٢).

التوافق النفسى كعملية:

للتوافق النفسى وجهان، وهما وجهان لعملة واحدة: التوافق النفسى كعملية، والتوافق النفسى كحالة.

والتوافق النفسى كعملية تتضمن أسلوب التوافق وطريقته، ويقوم الفرد فعلاً معدلاً فى نفسه وفى بيئته ما يمكن تعديله، بهدف الوصول إلى حالة التوافق، وهو يعبر عن إيجابية الفرد وفاعليته . ومما يؤكد هذه الوجهة أن بعض العلماء ينظرون إلى التوافق كإنجاز (حسن/ ردىء)، ويتحدثون عن العمليات التوافقية كمثل تلك التى يقوم بها الفرد للتوفيق بين حاجاته الداخلية ومطالب بيئته الخارجية . فالفرد حين يشعر بصراع بين الجانبين،

يحاول حله بطرق شتى منها: تعديل أو كف حاجاته الداخلية، أومحاولة تعديل أوكف مطالب البيئة. وهكذا يمكن مقارنة الأفراد على أساس الكفاءة التوافقية.

والتوافق عملية دينامية إيجابية تظهر فى المحصلة النهائية لتفاعل القوى الذاتية (الفطرية والمكتسبة) والقوى البيئية (الطبيعية، والاجتماعية). وأثناء عملية التوافق قد يكون التعديل والتغير متبادلاً بين الفرد والبيئة فى العلاقة بينهما، أو قد يكون من جانب واحد، ويكون إلى الأحسن بقدر الإمكان .

والتوافق عملية مستمرة مدى الحياة، لاتتم مرة واحدة بصفة نهائية، بل تستمر طول الحياة التى تتضمن سلسلة من الحاجات المتغيرة لإشباعها والصراعات المتجددة لحلها، والتواترات المتكررة لخفضها.

والتوافق عملية كلية تشير إلى علاقة الإنسان من حيث هو كائن وبكليته مع البيئة، وليس للتوافق كخاصية لهذه العلاقة الكلية أن يصدق على مجال جزئى من مجالات الحياة.

والتوافق عملية تتضمن تعديل السلوك لمواجهة المواقف الجديدة ، والقدرة على الاستجابات المتنوعة التى تلائم هذه المواقف. (ريتشارد لازاروس Lazarus، ١٩٦٩).

التوافق النفسى كحالة:

ويقصد به التوافق النفسى كحالة من التوازن والاستقراروالتكامل النفسى والجسمى والاجتماعى الأفضل، والتى يصل إليها الفرد الذى يقوم بعملية التوافق. أى أنه يصبح فى حالة توافق تظهر آثارها فى سلوكه الذى يدل على شعوره بالأمن الشخصى والاجتماعى، وهى حالة نسبية وليست نهائية ، لأن كلا من الفرد وبيئته فى حالة تغير دائم.

والتوافق حالة نسبية، فيكون الشخص متوافقًا أحيانًا، وغير متوافق أحيانًا أخرى خلال فترات حياته.

ويمكن الاستدلال على حالة التوافق النفسي من خلال :التوازن والتوفيق بين الرغبات المتصارعة داخل الشخص، والشعور بإشباع الحاجات والضبط الذاتي، وتحمل المسئولية الشخصية والاجتماعية ، والتقبل الاجتماعي والقدرة على تكوين علاقات متوافقة مع الآخرين، والصحة الجسمية ، والكفاءة في العمل، وتوفير قدر من الرضا ، والراحة النفسية ، وهذه هي خصائص الشخصية المتوافقة . وهكذا فإن عملية التوافق تسبق حالة التوافق وتؤدي إليها. (ريتشارد لازاروس Lazarus، ١٩٦٩، عباس عوض ، ١٩٧٧).

متصل التوافق النفسي:

يتحرك الفرد في توافقه النفسي على متصل واحد نهايته العظمى تمام التوافق (وهذا غير موجود)، ونهايته الدنيا عدم التوافق، وهوعجز الفرد تمامًا مع البيئة (وهذا أيضًا غيرموجود)، وبين الطرفين يكون حسن التوافق أو سوء التوافق، وهكذا يكون الفرق بين حسن التوافق وسوء التوافق فرقًا في الدرجة وليس في النوع.

وما من فرد إلا ولديه مقومات التوافق النفسي ومعوقاته، وهو يسعى دائمًا لتحقيق التوافق النسبي لولا أن تعترضه معوقات التوافق فيجرفه تيار «سوءالتوافق».

وسوء التوافق هو: فشل الفرد في تحقيق توافق سوي ناجح ، ويتمثل في نقص فهمه لذاته، وحرمانه من إشباع حاجاته، ونقص قدرته على تحقيق مطالب بيئته، وشعوره بالإحباط والتوتر، وتهديد الذات حين يفشل في حل مشكلاته ومواجهتها أويعجز عن تقبلها، أو يجنح إلى أساليب شاذة من السلوك إذا تعذر عليه حلها مما يؤدي إلى القلق . (إجلال سري، ١٩٨٢).

أبعاد التوافق النفسي:

التوافق النفسي متعدد الأبعاد، وأهم أبعاده ما يلي:

* **التوافق الشخصى:** ويتضمن السعادة مع النفس والثقة بها ، والرضا عنها، والشعور بقيمتها، وإشباع الحاجات، والتمتع بالأمن الشخصى والسلم الداخلى ، والشعور بالحرية فى التخطيط للأهداف وتوجيه السلوك والسعى لتحقيقها، ومواجهة المشكلات الشخصية وحلها، وتغيير الظروف البيئية، والتوافق لمطالب النمو فى مراحله المتتالية، وهو ما يحقق الأمن النفسى.

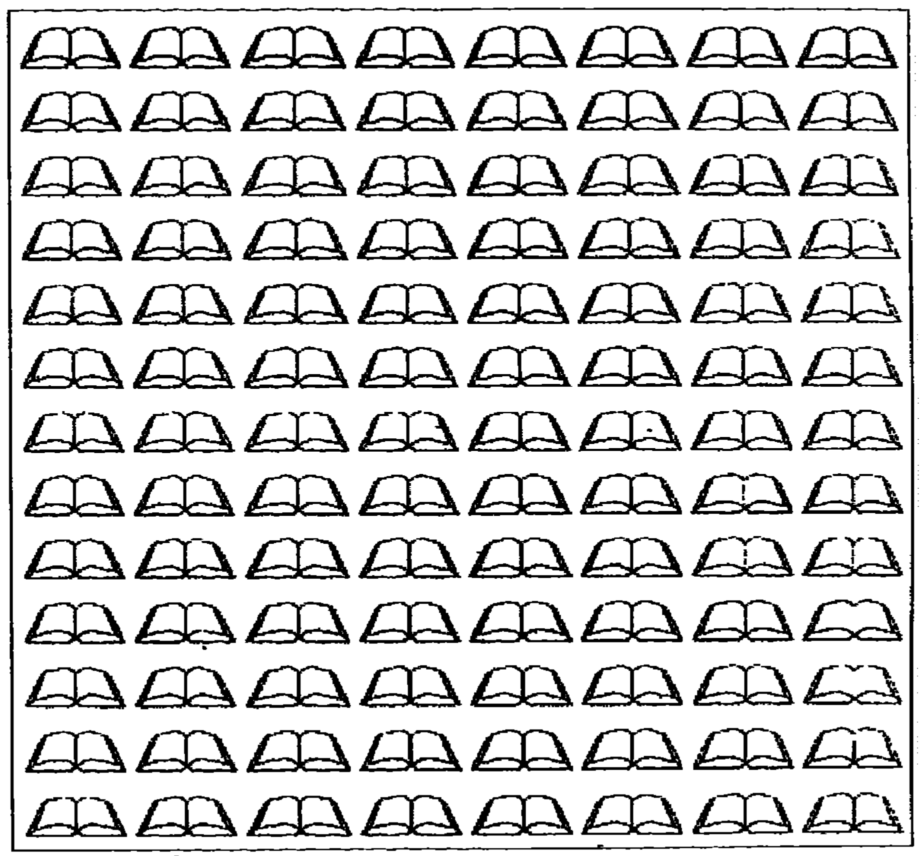
* **التوافق الاجتماعى:** ويتضمن الذكاء الاجتماعى، والسعادة مع الآخرين، والاتزان الاجتماعى، والالتزام بأخلاقيات المجتمع، ومسايرة المعايير الاجتماعية وقواعد الضبط الاجتماعى والتغيير الاجتماعى، والأساليب الثقافية السائدة فى المجتمع، والتفاعل الاجتماعى السليم، والعلاقات الناجحة مع الآخرين وتقبل نقدهم وسهولة الاختلاط معهم ، والسلوك العادى مع أفراد الجنس الآخر ، والمشاركة فى النشاط الاجتماعى مما يؤدى إلى تحقيق «الصحة الاجتماعية».

* **التوافق الزواجى:** ويتضمن السعادة الزواجية، والرضا الزواجى الذى يتمثل فى : التوفيق فى الاختيار المناسب للزوج، والاستعداد للحياة الزواجية، والدخول فيها، والحب المتبادل بين الزوجين، والإشباع الجنسى، وتحمل مسئوليات الحياة الزواجية، والقدرة على حل مشكلاتها، والاستقرار الزواجى (إجلال سرى، ١٩٩١).

* **التوافق الأسرى** : ويتضمن السعادة الأسرية التى تتمثل فى : الاستقرار الأسرى، والتماسك الأسرى، والقدرة على تحقيق مطالب الأسرة، وسلامة العلاقات بين الوالدين كليهما، وبينهما وبين الأولاد ، وسلامة العلاقات بين الأولاد بعضهم والبعض الآخر ، حيث يسود الحب والثقة والاحترام المتبادل بين الجميع، والتمتع بقضاء وقت الفراغ معًا، ويمتد التوافق الأسرى كذلك ليشمل سلامة العلاقات الأسرية مع الأقارب، وحل المشكلات الأسرية.

* **التوافق الانـفعالى:** ويتمثل فى: الذكاء الانفـعالى، والهدوء والاستقرار والثبات والضبـط الانفعـالى، والسلـوك الانفعالـى الناضـج، والتعبـير الانفعالى المناسـب لمثيرات الانفعال، والتماسك فى مـواجهة الصدمات الانفعالية، وحل المشكلات الانفعالية.

* **التوافق المهنى** : ويتضمن الرضا عن العمل وإرضاء الآخرين فيه، ويتمثل فى :الاختيار المناسب للمهنة عن قدرة واقتناع شخصى، والاستعداد لها علمًا وتدريبًا، والـدخول فيها، والـصلاحية المهـنية ، والإنجاز والـكفاءة والإنتاج، والشـعور بالنجاح ، والعـلاقات الحسنة مع الـرؤساءوالزملاء، والاستقلال فى المهنة، والتغلب على مشكلاتها، ويعبر عن التوافق المهنى «الشخص المناسب فى العمل المناسب». (إجلال سرى ١٩٨٢،١٩٩٠)



الفصل الرابع
المرض النفسى

المرض النفسى والصحة النفسية وجهان لعملة واحدة. فحياة الفرد سلسلة من الصراعات والإحباطات والحرمانات والصدمات، إذا نجح فى التغلب عليها تكون الصحة النفسية ، وإذا فشل يكون المرض النفسى ، ومعنى ذلك أن الصحة النفسية لا يمكن دراستها إلا فى ضوء المرض النفسى. (مصطفى الشرقاوى، ١٩٨٣).

تعريف المرض النفسى:

تتقارب تعريفات المرض النفسى، ونذكر منها ما يلى:

* هو اضطراب وظيفى فى الشخصية، يرجع أساسًا إلى الخبرات المؤلمة أوالصدمات الانفعالية أو اضطرابات الفرد مع البيئة الاجتماعية التى يتفاعل معها بألوان من الخبرات المؤلمة التى تعرض لها فى الماضى والحاضر وأثرها فى المستقبل، (مصطفى فهمى، ١٩٦٧).
* هو اضطراب وظيفى مزاجى فى الشخصية، يرجع إلى الخبرات أوالصدمات الانفعالية، أو اضطراب العلاقات الاجتماعية، ويرتبط بحياة الفرد الخاصة فى الطفولة (عطوف ياسين، ١٩٨١).
* هو اضطراب وظيفى فى الشخصية، يرجع أساسًا إلى الخبرات المؤلمة والصدمات الانفعالية الشديدة والاضطرابات فى العلاقة الاجتماعية . (فيصل الزراد ، ١٩٨٤).
* هو اضطراب وظيفى فى الشخصية، نفسى المنشأ، يبدو فى صورة أعراض نفسية وجسمية مختلفة، ويؤثر فى سلوك الشخص فيعوق توافقه النفسى، ويعوقه عن ممارسة حياته السوية فى المجتمع الذى يعيش فيه. (حامد زهران، ١٩٩٧).

وتعرّف المؤلفة: المرض النفسى بأنه: اضطراب وظيفى فى الشخصية، أسبابه نفسية، وأهمها: الصراع والإحباط والحرمان والصدمات، وأعراضه نفسية، وجسمية، واجتماعية، ويبدو فى شكل سلوك مرضى يعوق التوافق النفسى.

السلوك المرضى:

المرض النفسى لابد أن يصحبه سلوك مرضى، ولكن السلوك المرضى لا يعنى بالضرورة أن الفرد مريض نفسيًا.

وينظر العلماء للمرض النفسى على أنه سلوك شاذ ومكتسب بفعل عمليات خاطئة من التعلم، ويستخدمون لذلك البحوث التجريبية للكشف عن فاعلية المتغيرات التى تحدث الاضطرابات.

ويبدأ المعالجون السلوكيون بالتحديد الدقيق والنوعى للسلوك الذى يرغبون فى تعديله أو علاجه. والإجراءات التى يستخدمها المعالج السلوكى تختلف فى أهدافها عما يقوم به المحلل النفسى ، لأن المعالج السلوكى يبدى اهتمامًا مباشراً بالظروف المحيطة بتكوين السلوك المرضى، بينما يتجه اهتمام المحلل النفسى إلى تاريخ المريض مجرداً ودون اهتمام بأنماط التفاعل بين الفرد والبيئة التى أدت إلى ظهور الأعراض المرضية كما يفعل المعالج السلوكى .

ويساعد المعالج على تحديد أنماط السلوك السوى والجيد الذى يجب أن يتجه الاهتمام إليه بدلاً من السلوك المرضى، ويساعده أيضًا على وضع الخطة العلاجية وتنفيذها فى اتجاه الشفاء من الاضطراب بأساليب متعددة مما يؤدى بعد ذلك إلى تغيير السلوك والشفاء. (عبد الستار إبراهيم ، ١٩٨٣).

المرض النفسى فى رأى الدين:

يقول أبوحامد الغزالى :إن المرض النفسى ثمرة مريضة للاعتراض

والتحدى والشرك الأصغر والشرك ا لأكبر لإرادة الله ومشيئته. (ناهد الخراشى ١٩٨٧).

ويجتذب الفرد عوامل وخصائص طريق النفس الأمارة بالسوء ، والتى هى فى واقع الأمر الخصائص السلبية لخصائص النفس المطمئنة، ومثل هذا الفرد المريض دينيًا يحتاج إلى علاج ، فهو غافل يعانى من اضطراب سلوكى قابل للعلاج والعودة إلى طريق الرشاد.

وتقف النفس اللوامة رقيبًا على سلوك الإنسان وتوجهه. ووظيفة التوجيه والإرشاد والرقابة هى: تحديد سلامتها فى ضوء رسوخ واكتمال العبادات والمسلمات الدينية لدى الفرد.

والصراع النفسى فى رأى الدين أمر حتمى مع بداية الحياة والوعى بالحاجات بين الخير والشر، وبين الأمر والنهى والغواية. ويقود الشيطان حملة الصراع النفسى متخذًا من النفس الأمارة بالسوء منطلقًا لمهاجمة كل من النفس اللوامة والنفس المطمئنة، ووسيلته فى ذلك ما يوسوس به فى الصدور وتزيين طريق الشر. يقول الله تعالى: ﴿قُلْ أَعُوذُ بِرَبِّ النَّاسِ . مَلِكِ النَّاسِ. إِلَٰهِ النَّاسِ. مِن شَرِّ الْوَسْوَاسِ الْخَنَّاسِ الَّذِي يُوَسْوِسُ فِي صُدُورِ النَّاسِ. مِنَ الْجِنَّةِ وَالنَّاسِ﴾ [سورة الناس] وعلى العموم فإن الصراع يترك الفرد فى حيرة وقلق ويأس وقنوط ويؤدى إلى اضطراب السلوك (مصطفى الشرقاوى، ١٩٨٣).

الوقاية من المرض النفسى:

يهتم علم النفس العلاجى بالوقاية من المرض النفسى كاهتمامه بالفحص والتشخيص والعلاج.

وللوقاية من المرض النفسى لابد من معرفة أسباب الأمراض النفسية وإزالتها، وتحديد الظروف التى تؤدى إليها، وتهيئة المناخ النفسى الصحى.

وتنظم الوقاية فى ثلاث مراحل على النحو التالى:

* **الوقاية الأولية** : Primary Prevention وتهدف إلى منع حدوث المشكلة أو الاضطراب أوالمرض، أو تقليل حدوثه فى المجتمع، أو التدخل بمجرد أن يلوح خطره لدى المعرضين لذلك . وتوجه الوقاية الأولية الشاملة إلى الأفراد العاديين. ومن إجراءات الوقاية الأولية : منع الأسباب والتدخل الفورى عند ظهورها، والتشجيع على تبنى أنماط سلوك الوقاية. وتضطلع بإجراءات الوقاية الأولية المؤسسات الاجتماعية، والمدارس، ودور العبادة، ووسائل الإعلام، والأسرة. ويقوم بالعبء الأكبر الأطباء والأخصائيون النفسيون والاجتماعيون والوالدان والأشخاص المهمون فى حياة الفرد.(لورانس ولاك وماريلين وينكلبى Wallack & Winkleby، ١٩٨٧).

* **الوقاية الثانوية:** Secondary Prevention وتهدف إلى التعرف المبكر على المشكلة أو الاضطراب أوالمرض ومحاولة تشخيصها فى المراحل الأولى بقدر الإمكان للمبادرة بالعلاج المبكر والوقاية من المضاعفات والإزمان. ومن إجراءات الوقاية الثانوية: الاهتمام بالتشخيص الفارق بين الاضطرابات المختلفة فى بدايتها، والانتباه إلى أى تغيير مفاجئ فى السلوك، والمبادرة باتخاذ الإجراءات العلاجية. (إرفينج بيرلين Berlin، ١٩٦٧).

* **الوقاية فى المرحلة الثالثة**: Tertiary Prevention وتهدف إلى تقليل أثر الإعاقة الباقية بعد الشفاء من المرض ، وتهدف أيضًا إلى الوقاية ضد الانتكاس ، أى أنها تعتبر امتداداً للعلاج. ومن إجراءات الوقاية فى المرحلة الثالثة : خدمات التأهيل الشامل بعد العلاج لإعادة المريض السابق لتحقيق أعلى مستوى من التوافق، والعودة إلى الوضع الاجتماعى العادى مع التخلص من أثر كونه مريض سابق على حياته الأسرية ، والمهنية، والاجتماعية. (ألفريد فريدمان Freedman، ١٩٦٧).

وتتمثل إجراءات الوقاية من المرض النفسى فيما يلى :

* **الإجراءات الوقائية الحيوية**: وتركز على خدمات رعاية الأم قبل الحمل وأثناءه، والرعاية الصحية للطفل، وتعديل العوامل التناسلية.

* **الإجراءات الوقائية النفسية**: وتهتم بالنمو النفسى السوى، ونمو المهارات الأساسية، وتحقيق التوافق الانفعالى، والمساندة أثناء الفترات والمواقف الحرجة، وتجنب عوامل الإحباط والصراع، وإشباع الحاجات .
* **الإجراءات الوقائية الاجتماعية**: وتهتم بالبحوث الاجتماعية، وتحقيق التوافق الاجتماعى، والزواجى، والمهنى، والتنشئة الاجتماعية السليمة.

وتقع مسئولية تخطيط الوقاية من المرض النفسى على عاتق المؤسسات النفسية والاجتماعية والطبية المتخصصة . ويجب أن يتناول برنامج الوقاية ظروف الفرد والمجتمع. والمجتمع الذكى هو الذى يهيئ المناخ الاجتماعى والثقافى الصحى الذى يساعد على النمو السوى للفرد والجماعة ، والذى يكفل الوقاية من المرض النفسى باعتبارها خير من العلاج . (حامد زهران، ١٩٧٣).

هذا وقد أكدت توصيات المؤتمر المصرى الأول للطب النفسى الذى عقد فى القاهرة فى مارس ١٩٨٦، على ضرورة الاهتمام بالوقاية من المرض النفسى، ويدخل فى ذلك الاهتمام بالنواحى النفسية والتأهيلية فى وسائل الإعلام والمدارس ومؤسسات العمل.

تصنيف الأمراض النفسية والعقلية:

توجد تصنيفات متعددة للأمراض النفسية والعقلية أشهرها ما يقوم على أساس الأسباب.

وتصنف الأمراض النفسية والعقلية حسب أسبابها على النحو التالى:

الأمراض النفسية والعقلية عضوية المنشأ: وتشمل :

* إضطرابات المخ مثل: الشلل الجنونى العام، والضمور العقلى الشيخوخى، و بعض حالات الصرع.
* التسمم : مثل التسمم بالعقاقير، وحالات الإدمان.
* الأورام : مثل أورام المخ.

* الإصابة : مثل الهذيان الإصابى، واضطربات الشخصية عقب الإصابة، والتأخر العقلى عقب الإصابة.
* اضطرابات الغدد: مثل الأمراض الناتجة عن نقص أو زيادة إفرازها.

الأمراض النفسية والعقلية نفسية المنشأ (الوظيفية) ، وتشمل :

* العصاب: مثل القلق، وتوهم المرض، والضعف العصبى، والهستيريا، والخواف، وعصاب الوسواس والقهر، والاكتئاب، والتفكك.
* الذهان: مثل الفصام، والهذاء (البارانويا) وذهان الهوس والاكتئاب.
* الأمراض النفسية الجسمية (السيكوسوماتية): فى أجهزة الجسم المختلفة التى يسيطر عليها الجهاز العصبى الذاتى (التلقائى)، مثل الجهازالدورى، والتنفسى، والهضمى، والبولى والتناسلى، والغددى.

اضطرابات الشخصية: وتشمل:

* اضطرابات الشخصية المرضية الاجتماعية مثل : الشخصية السيكوباتية، والانحرافات الجنسية.
* اضطرابات الشخصية الموقفية الزائلة : مثل اضطرابات العادات، واضطرابات السلوك.
* اضطرابات الشخصية الأخرى: مثل اضطراب نمط الشخصية ، واضطرابات سمات الشخصية.

المشكلات النفسية:

ومن أمثلتها: الضعف العقلى ، والتأخر الدراسى، والاضطرابات الانفعالية، واضطرابات الغذاء، واضطرابات الإخراج، واضطرابات النوم ، واضطرابات الكلام، ومشكلات ذوى الحاجات الخاصة، وجناح الأحداث. (حامد زهران، ١٩٩٧).

الفصل الخامس

أسباب الأمراض النفسية

تعدد الأسباب:

لا شيء يأتي من لا شيء ، والمرض النفسي له أسبابه ، وفي بعض الأحيان يبدو أن سبب حدوث المرض النفسي يرجع إلى الصدمة الأخيرة ، ولكنه غالبًا يكون نتيجة عوامل متعددة مهيئة لدى كل فرد على حدة باعتبار أنه كائن متفاعل ينبغي دراسة تاريخ حياته وقدراته العقلية والجسمية، وبيئته الاجتماعية والمؤثرات الثقافية والتربوية.

والأمراض النفسية تسببها عوامل متعددة توجد إما في البيئة وإما في الإنسان. أي أنها محصلة قوى تعمل متفاعلة في نفس الوقت. فالسبب المرسب يلزم أن يحدث لإنسان مهيأ للمرض النفسي حتى تكون نتيجته مرضًا نفسيًا . أي أن السبب المرسب لا يعدو أن يكون «القشة التي قصمت ظهر البعير» لذلك يطلق على السبب الأخير الذي أظهر المرض النفسي «السبب المرسب» . كما يعتبر الاستعداد الخاص للمرض النفسي «السبب المهيء».

وعلى العموم فإن وجود أسباب مهيئة قوية - أي وجود استعداد كبير للمرض النفسي لدى المريض - يحتاج إلى سبب صغير حتى يحدث المرض، في حين أنه إذا كانت الأسباب المهيئة (الاستعداد للمرض) قليلة وضعيفة ، فإنه من اللازم لحدوث المرض النفسي أن يكون السبب المرسب سببًا قويًا وخطيراً. (عمر شاهين ويحيى الرخاوي، ١٩٦٩).

تقسيم الأسباب:

يمكن تقسيم أسباب الأمراض النفسية على النحو التالي:

* **الأسباب المهيئة** : وهى أسباب أصلية تمهد لحدوث المرض، وهى المرشحة لظهور المرض النفسى إذا ظهر سبب مساعد أو مرسب يعجل بظهور المرض فى تربة أعدتها الأسباب المهيئة . وتختلف الأسباب المهيئة، وربما يستمر تأثيرها على المريض مدة طويلة، وتجعل الفرد عرضة للمرض النفسى فى حالة ظهور سبب مرسب. وقد تتضمن الأسباب المهيئة أسبابًاحيوية أو وراثية، وقد تتضمن أيضًا أسبابًا بيئية أو نفسية.
* **الأسباب المرسبة** : وهى أسباب مساعدة تتمثل عادة فى الأحداث الأخيرة السابقة للمرض النفسى مباشرة والتى تعجل بظهور المرض النفسى، ويلزم لتأثيرها فى الفرد أن يكون مهيأ للمرض النفسى ، أى أن السبب المرسب يكون دائمًا بمثابة «النقطة التى يطفح بها الكيل». والأسباب المرسبة كثيرة، منها ما هو عضوى، ومنها ما هو نفسى.

* **الأسباب الحيوية**: وهى الأسباب عضوية المنشأ التى تطرأ فى تاريخ نمو الفرد . ومن أمثلتها: الوراثة وخاصة العيوب الوراثية، والاضطرابات الفسيولوجية، والبلوغ الجنسى، والزواج، والحمل والولادة، وسن القعود، والشيخوخة، والبنية (النمط الجسمى ، والمزاج، والغدد)، والعوامل العضوية (الأمراض، والتسمم، والإصابات، والعاهات والعيوب والتشوهات الخلقية).

* **الأسباب النفسية**: مثل الصراع (كصراع الإقدام والإقدام وصراع الإقدام والإحجام، وصراع الإحجام والإحجام)، والإحباط (الأولى والثانوى، والإيجابى والسلبى، والداخلى والخارجى)، والحرمان (عدم إشباع الحاجات)، والصدمات والأزمات، والخبرات السيئة ، والإصابة السابقة بالمرض النفسى، والتناقض الوجدانى، وقصور النضج النفسى، والضغوط النفسية، والإطار المرجعى الخاطئ ، ومفهوم الذات السالب، والمحتوى الخطير لمفهوم الذات الخاص.

* **الأسباب البيئية** :مثل البيئة الاجتماعية المضطربة، والعوامل الحضارية والثقافية غير المناسبة، والتنشئة الاجتماعية الخاطئة (كالحماية الزائدة والتدليل والقسوة والتفرقة فى المعاملة)، وسوء التوافق النفسى وخاصة سوء التوافق المدرسى والزواجى والأسرى والمهنى، وسوءالثقافة الجنسية، وسوء التوافق فى المجتمع، والصحبة السيئة ، ومشكلات الأقليات، وسوء الأحوال الاقتصادية ، والبطالة ، وتدهور نظام القيم ، والكوارث الاجتماعية والحروب والضلال. (حامد زهران، ١٩٩٧).

وهكذا، فإن دراسة أسباب الأمراض النفسية تستند إلى النموذج الحيوى النفسى الاجتماعى Biopsychosocial. (بيشاى ألموجAlmog، ١٩٩٥).

الفصل السادس
أعراض الأمراض النفسية

الأعراض والأمراض:

الأعراض هى العلامات السلوكية التى تدل على وجود المرض. وتختلف الأعراض النفسية التى تظهر على المريض اختلافًا كبيرًا، فقد تكون شديدة واضحة، وقد تكون مختفية لدرجة أن يصعب تمييزها إلا للمعالجين النفسيين أو عن طريق تطبيق بعض الاختبارات والمقاييس التشخيصية التى تحددها وتشخصها.

ولمعرفة الأعراض فى وقت مبكر من ظهور المرض فضل كبير فى العلاج، حيث يفيد التشخيص المبكر فى نجاح عملية العلاج، ويمنع تطور الأعراض.

والفرق بين الشخصية السوية وغير السوية أو المريضة من حيث الأعراض فرق فى الدرجة وليس فى النوع.

ويوجد لدى الفرد استعداد للمرض. وتختلف المقاومة من فرد لآخر.

وقد تغلب بعض الأعراض وتصبح هى مرضًا نفسيًا أساسيًا قائمًا بذاته مثل الاكتئاب والقلق والخوف والوسواس.

دراسة الأعراض:

تعبر الأعراض عن الاضطراب النفسى الذى يعانى منه الفرد، والفرد لا يخلو من الأعراض، ولكن من النادر أن تجتمع كل الأعراض المميزة للمرض النفسى فى مريض واحد.

زملة الأعراض:

تتنوع الأعراض وتشترك الأمراض النفسية فيها، وتظهر أعراض المرض النفسى فى شكل زملة أو تجمع أو تشكيل معين. وهذه المجموعة المتآلفة من الأعراض هى التى تحدد المرض وتفرق بين مرض وآخر.

رمزية الأعراض:

يعتبر العرض رمزاً يشير إلى وجود اضطراب نفسى أو جسمى. وقد يكون للعرض معنى رمزى ذو أهمية أكبر من مظهره. فغسل اليدين القهقرى قد يكون رمزاً لمحو ذنب ارتكبه الفرد.

وظيفة الأعراض:

يعتبر العرض رد فعل أو تعبير نفسى حيوى عن الفرد ككل، ويجب دراسته وفهمه من زاوية حيوية نفسية اجتماعية Biopsychosocial، وقد يكون حيلة نفسية تهدف إلى تقدير قيمة الذات.

ومن خلال دراسة الأعراض وأصلها، وأهدافها، ووظائفها نستطيع أن نحل مشكلات المريض الظاهرية والباطنة، وأن نرى شخصيته فيما وراء الأعراض.

أهداف الأعراض:

لكل عرض هدف أو أهداف. ومن أهداف الأعراض ما هو أولى وما هو ثانوى، وما هو ذاتى وما هو موضوعى، ومن بين الأهداف الأولية، والثانوية نجد ما هو سوى وما هو مرضى، وما هو شعورى، وما هو لا شعورى، وذلك على النحو التالى:

* **الأهداف الأولية**: وهى الأهداف الذاتية التى يكون فى تحقيقها مغانم

يفوز بها الفرد ولو على حساب خسائر فى جوانب أخرى . ومن أمثلة الأهداف الأولية : حل ا لصراع، والسيطرة على القلق ، وتحقيق كبت وكف الدوافع والنزعات التى يرفضها الفرد ويشمئز منها، وامتصاص الطاقات النفسية المنبعثة من الدوافع والنزعات المكبوتة ، وتقوية الكبت ، وإخماد نشاط الدوافع المكبوتة، وإشباع الدوافع والحاجات التى أحبطت، والاستسلام، وتهدئة الضمير الثائر عن طريق عقاب ولوم الذات.

* **الأهداف الثانوية**: وهى الأهداف الخارجية التى يكون فى تحقيقها الانتصار النسبى على العقبات البيئية أو الاجتماعية أو الاقتصادية، وتهيئة المناخ الملائم لحالة الفرد النفسية. ومن أمثلة الأهداف الثانوية: استدرار العطف، والهروب من المواقف المحرجة، وتجنب تحمل المسئولية، وتبرير ضعف الفرد أو فشله، وتعويض النقص أو الحرمان ، والإحجام عن مواجهة المواقف والخبرات الأليمة، ووقاية الذات واحترامها والمحافظة عليها.

تصنيف الأعراض:

تصنف الأعراض بصفة عامة إلى: أعراض داخلية وأعراض خارجية، وأعراض عضوية المنشأ وأعراض نفسية المنشأ.

ومن الأعراض ما يلى:

* **اضطرابات الإدراك** : مثل الهلوسات ، والخداع، واضطرابات الحواس بالزيادة أو النقصان.
* **اضطرابات التفكير**: مثل التفكير غير المنطقى، أو المشتت ، أو الوسواسى، أو المتناقض، والأوهام، والمخاوف.
* **اضطرابات الذاكرة**: مثل النسيان، وفقد الذاكرة.
* **اضطرابات الوعى والشعور**: مثل الذهول، والهذيان.
* **اضطرابات الانتباه**: مثل قلة الانتباه، والسرحان، والسهيان، والانشغال.

* **اضطرابات الكلام**: مثل اللجلجة، واحتباس الكلام.
* **اضطرابات الانفعال**: مثل القلق، والاكتئاب ، والتوتر، والفزع، والتبلد ، واللامبالاة، وعدم الثبات الانفعالى، والشعور بالذنب، والحساسية الانفعالية.
* **اضطرابات الحركة** : مثل النشاط الزائد ، أو الناقص، أو المضطرب، وعدم الاستقرار، واللازمات الحركية ، والعدوان.
* **اضطرابات المظهر العام** : مثل اضطراب تعبيرات الوجه، وسوء حالة الملابس ، والفوضى.
* **اضطرابات التفهّم**: مثل اضطراب الإدراك الواعى، واضطراب إدراك مضمون الشعور.
* **اضطراب البصيرة** : مثل عدم إدراك طبيعة المشكلات وأسبابها وأعراضها.
* **الاضطرابات العقلية**: مثل الضعف العقلى، والخبل.
* **اضطرابات الشخصية**: مثل الانطواء ، والعصابية.
* **اضطرابات السلوك الظاهر**:مثل السلوك الشاذ، أو الغريب.
* **اضطرابات الغذاء**: مثل فقد الشهية ، والإفراط فى الأكل.
* **اضطرابات الإخراج** : مثل التبول اللاإرادى ، والإمساك أو الإسهال العصبى.
* **اضطرابات النوم**: مثل كثرة النوم، والأرق، والمشى أثناء النوم ، والأحلام المزعجة، والكابوس.
* **اضطرابات الإحساس** : مثل ضعف البصر، وقصور حاسة الشم ، وتبلد الحس.
* **الاضطرابات العصبية**: مثل التشنج ، والصرع، والشلل.
* **سوء التوافق**: مثل سوء التوافق الشخصى ، أو الاجتماعى، أو الزواجى، أو الأسرى، أو التربوى ،أو المهنى.

* **الانحرافات الجنسية:** مثل الجنسية المثلية ، والعادة السرية، والإفراط ، أو الضعف الجنسي. (حامد زهران، ١٩٧٦).

بحوث ودراسات عربية تناولت الأمراض النفسية:

يوجد العديد من البحوث والدراسات النفسية التى تناولت الأمراض النفسية. وفيمايلى بعضًا منها على سبيل المثال لا الحصر:

- بدرية كمال أحمد (١٩٨٥) ظاهرة اللجلجة فى ضوء بعض العوامل النفسية والاجتماعية.
- حسن عبد المعطى (١٩٨٤) العوامل النفسية المرتبطة ببعض الاضطرابات السيكوسوماتية.
- صفوت فرج (١٩٧١) القدرات الإبداعية فى المرض العقلى.
- ضياء الدين أبو الحب (١٩٦٧) دراسة كلينيكية لاستجابات الفئات الكلينيكية لاختبار إسقاطى موسيقى مع مقارنتها باستجابات الأسوياء.
- ضياء محمد طالب (١٩٨٣) علاقة السلوك العدوانى ببعض المتغيرات الشخصية والاجتماعية لدى الأطفال بالمرحلة الابتدائية.
- عائشة رشدى (١٩٨٤) التدهور العقلى لدى الفئات الكلينيكية.
- عايدة سيف الدولة (١٩٨٣)التغيرات الفسيولوجية فى التفكير المصاحب للأمراض النفسية.
- عفاف عبد المنعم (١٩٨٤) العوامل النفسية والاجتماعية التى تؤدى إلى إدمان المخدرات، وآثارها على السلوك.
- كوثر رزق (١٩٨٣) القدرات العقلية فى مرضى الاكتئاب .
- مجدى حسن محمود (١٩٨٦)دراسة لبعض متغيرات الشخصية لدى المصابين بالصرع.

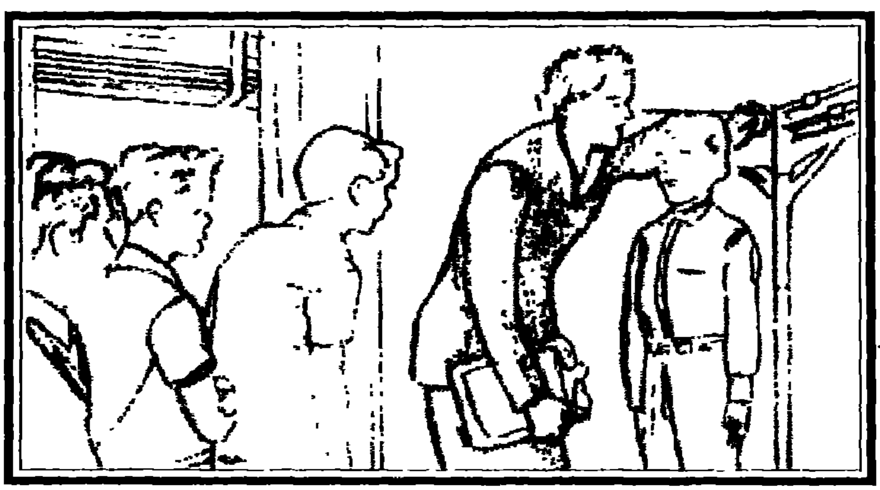
- محمد عبد ربه (١٩٨٢) ظاهرة الاغتراب بين الشباب العاملين بجامعة القاهرة.
- منصورعبد الغفور (١٩٨٢) دراسة تحليلية مقارنة للقيم الدينية لدى المراهقين من طلاب التعليم العام والأزهرى وأثر ذلك على مستوى القلق.
- ناريمان رفاعى (١٩٨٥) فاعلية التدريب التوكيدى على علاج المرضى بالفوبيا الاجتماعية من طالبات المرحلة الثانوية والجامعة.

الفصل السابع
الفحص والتشخيص والمآل

الفحص: Examination

الفحص الجيد هو أساس التشخيص الموفق والعلاج السليم . ويجب أن تكون عملية الفحص دقيقة واضحة الهدف وأن تولى العناية اللازمة من حيث دقة وصدق وثبات مصادر المعلومات والبيانات. ويجب تهيئة الظروف المادية والنفسية الملائمة لعملية الفحص. ويتعين على المعالج إقامة علاقة تفاعلية بينه وبين المفحوص لتحقيق الهدف المنشود من الفحص النفسى.

وتتم عملية الفحص النفسى فى العيادة لتحديد إمكانات المفحوص ومشكلاته واضطراباته. وقد يأخذ الفحص النفسى شكل إجراء بعض الاختبارات واستخلاص نتائجها، أو شكل تشخيص حالة انطلاقًا من تحديد بعض الأعراض المميزة، أو قد يكون فى شكل دراسة شاملة للشخصية بمختلف أبعادها. ويتطلب الفحص النفسى المعرفة الشاملة لسلوك المفحوص فى إطار اجتماعى معين.



شكل (٤) الفحص

هدف الفحص:

يهدف الفحص إلى فهم شخصية المريض ديناميا ووظيفيا، وإبراز مظاهر القوة ومظاهر الضعف، وتحديد اضطربات شخصيته و العوامل التى تؤثر على توافقه النفسى والاجتماعى والمهنى والزواجى والأسرى. وهكذا يهدف الفحص إلى تحديد إمكانات الفرد ورسم معالم شخصيته ومشكلاته واضطرباته وصولا إلى تشخيص الحالة.

شروط الفحص:

يجب مراعاة الشروط الآتية فى عملية الفحص:

* موضوعية الفحص والبعد عن الذاتية بقدر الإمكان.
* الدقة فى استخدام أدوات الفحص.
* بذل أقصى الجهد لتغطية كل هو ما مطلوب فى عملية الفحص.
* تعاون العميل فى إعطاء البيانات والمعلومات الصحيحة.
* سرية المعلومات والبيانات.
* تنظيم المعلومات وتقييمها بدقة وعناية. (فيصل عباس، ١٩٨٣)

التشخيص: Diagnosis

التشخيص: هو تحديد وتجميع المعلومات عن الاضطراب أو المرض، أو هو الطريق الذى يؤدى إلى التعرف على نوع الاضطراب أو المرض. وللتشخيص أهمية كبيرة بالنسبة للمعالج والمريض. ويساعد التشخيص فى فهم المريض وما يعانيه. والتشخيص يعنى الفهم العميق والشامل لسلوك المريض. ويقول بعض العلماء إن التشخيص هو عملية علاجية أكثر من مجرد تصنيف المريض ضمن فئة مرضية. (لويس كامل مليكة، ١٩٩٢).

أهمية التشخيص المبكر:

تظهر كثير من الأعراض والأمراض بسهولة وفى مرحلة مبكرة مثل العاهات الجسمية والعقلية الشديدة. وقد لا تظهر أعراض الأمراض مبكرا مثل حالات التأخر الدراسى، وسوء التوافق. وقد لاتظهر ويجهلها المريض ومخالطوه مثل أعراض العصاب والذهان، مما يؤخر تشخيصها وعلاجها المبكر. ويفيد التشخيص المبكر فى اختيار أنسب الطرق العلاجية للمريض فى الوقت المناسب.

التشخيص الفارق:

هو أحد أساليب تشخيص الأمراض النفسية، ويعتمد على تصنيف مجموعة الأعراض المرضية التى يعانى منها المريض للوصول منها إلى زملة الأعراض التى تميز أحد الأمراض عن الأخرى.

ويقوم التشخيص الفارق على التفرقة المنهجية بين أعراض مرضين لتقرير أى من المرضين يعانى منه المريض.

ويجب على المعالج النفسى أن يكون ملما بطرق وأساليب التشخيص الفارق، وذلك لتحقيق الهدف وهو العلاج المناسب للمريض.

ويجب التفريق بين الأمراض المتقاربة أو المتشابهة مثل الشلل الهستيرى والشلل العضوى، والصرع الهستيرى والصرع العضوى، حيث توجد فروق جوهرية فى أعراض كل منها.

أهداف التشخيص:

يهدف التشخيص النفسى إلى ما يلى:

* تحديد الاضطراب أو المرض النفسى الذى يعانى منه المريض.
* التفريق بين الاضطراب العضوى والاضطراب الوظيفى.
* تحديد طريقة وأسلوب العلاج المناسب.

التشخيص والعلاج:

ينظر المعالجون النفسيون إلى عملية الفحص والتشخيص والعلاج كعملية متصلة الحلقات، حتى وإن قام بالفحص والتشخيص أكثر من أخصائي. وتعتبر هذه العمليات الثلاث (الفحص والتشخيص والعلاج) عمليات متكاملة ومتداخلة. فأثناء عملية الفحص والتشخيص تحدث فوائد علاجية مثل الألفة بين المعالج والمريض، وتهيئة المناخ العلاجي للمريض وإزالة مخاوفه، ومعرفته بنفسه بدرجة أفضل، وتصحيح مفاهيمه الخاطئة عن نفسه وعن العلاج النفسي. (فيصل عباس، ١٩٨٣).

المآل: Prognosis

يتناول المآل التنبؤ بنتيجة العلاج ومستقبل المرض إذا ترك دون علاج. وتهدف عملية تحديد المآل إلى توجيه عملية العلاج، وتحديد أنسب الطرق العلاجية له، وتحقيق أكبر نسبة ممكنة من النجاح.

وفي حالات كثيرة يكون مآل المرض أفضل وأحسن كما في حالات: فجائية المرض، وعدم وجود عوامل وراثية، وسلامة الحالة الجسمية، ومناسبة البيئة التي يعيش فيها المريض، وقلة المكاسب الأولية والثانوية للمرض، وإجراء الفحوص النفسية والاجتماعية والصحية اللازمة، وبدء العلاج مبكرا، وعدم تدهور الشخصية، واستبصار المريض بحالته، ودافعيته وإقباله على العلاج بنفسه، وتعاونه في عملية العلاج. (لويس كامل مليكة، ١٩٩٢، نعيم الرفاعي، ١٩٩٤، حامد زهران، ١٩٩٧).

الفصل الثامن

وسائل جمع المعلومات فى العلاج النفسى

يعتبر الحصول على المعلومات اللازمة فى العلاج النفسى، عن المريض وبيئته حلقة الاتصال بين الجانب النظرى والجانب التطبيقى فى علم النفس العلاجى.

وتتعدد وسائل جمع المعلومات فى العلاج النفسى حتى يمكن الحصول على أكبر قدر ممكن منها. ومن هذه الوسائل: المقابلة، والملاحظة، والاختبارات والمقاييس، والسيرة الشخصية، ودراسة الحالة.

المقابلة: Interview

تعتبر المقابلة الوسيلة الأساسية فى الفحص والتشخيص. وهى علاقة مهنية بين المعالج والمريض فى مناخ نفسى آمن تسوده الثقة المتبادلة والسرية التامة بين الطرفين بهدف تبادل المعلومات والخبرات والمشاعر والاتجاهات. وتكون العلاقة خالية من الشك والخوف والتهديد والأمر والنهى.

والمقابلة العلاجية نوع من المحادثة التى تتم بين المعالج النفسى والمريض فى موقف مواجهة غايته الحصول على معلومات عن سلوك المريض ومشكلاته واضطرابه والعمل على حلها والإسهام فى تحقيق التوافق الشخصى له. (حامد زهران، ١٩٩٨).

أنواع المقابلة:

للمقابلة أنواع كثيرة منها:

* **المقابلة الاستفهامية:** وتهدف إلى جمع المعلومات والبيانات عن الفرد عن طريق الأهل والأقارب والأصدقاء وزملاء العمل، بقصد تقييم الحالة وتشخيصها والكشف عن أبعاد المشكلة أو الاضطراب الذى يعانى منه المريض.

* **المقابلة لأداء الاختبارات:** ويقوم بها الأخصائي النفسي على مرحلتين:
* **مقابلة ما قبل الاختبار النفسي:** وذلك لتهيئة المريض عقليا ونفسيا للتخفف من مخاوفه وقلقه من موقف الاختبار حتى يكون أداؤه سليما.
* **مقابلة ما بعد الاختبار:** وذلك لإشباع رغبة المريض فى معرفة نتائج الاختبارات التى طبقت عليه، ولهذا أثر كبير على حالته النفسية، حيث أنها تخفف من حدة قلق الاختبار، كما أنها تساعد فى توجيه الحالة نحو عملية العلاج وتقبلها.
* **المقابلة الممهدة للعلاج النفسى:** والهدف منها تعرف المريض بمشكلته واضطرابه وطريقة العلاج المناسبة، وضرورة تعاونه مع المعالج. ويقوم المعالج النفسى بشرح وتفسير المشكلة أو المرض للمريض، وتوضيح إمكاناته المتاحة، وتعديل آرائه واتجاهاته الخاطئة نحو نفسه ونحو العلاج النفسى، وطول فترة العلاج وعدد الجلسات. (عطية هنا وسامى هنا، ١٩٧٦).

محتوى المقابلة التشخيصية:

تختلف المقابلة التشخيصية من حالة لأخرى حسب درجة وشدة ونوعية الحالة. وعلى الرغم من ذلك توجد خطوات مشتركة تشتمل عليها كل مقابلة، ومنها: صياغة المشكلة على لسان المريض، واهتمامات المريض وطموحاته، وميوله، ودوافعه، وحوافزه، ومدى استبصاره بإحباطاته وصراعاته، وخبراته الأليمة، والتقلب المزاجى والسلوك المضطرب، ومخاوفه الظاهرة والباطنة، ومعتقداته الدينية، ومشاعر الذنب لديه وأفكاره وأفعاله القهرية، وأحلامه وعادات نومه، وأحلام اليقظة والتخيلات والهلوسات، ومكاسبه المرضية، وتوافقه الجنسى. (عطوف ياسين، ١٩٨١).

وتؤكد البحوث الحديثة أهمية وجود دليل عمل فى المقابلة لجمع المعلومات، وفى عملية الفحص والتشخيص والعلاج. (كيمبيرلى يونج Young، ١٩٩٤).

شروط المقابلة الناجحة:

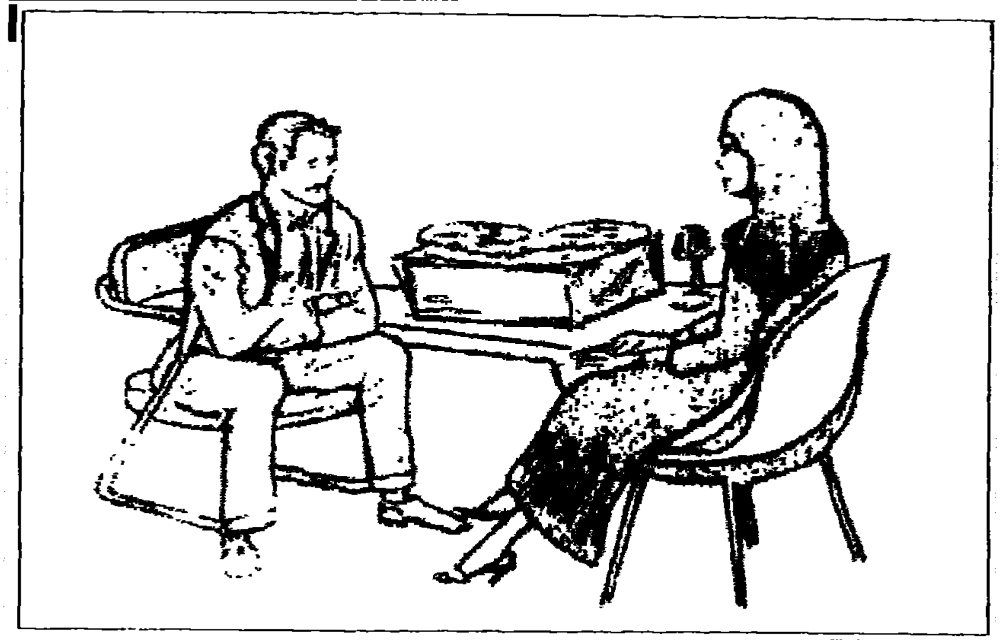
من أهم العوامل التى تساعد على نجاح المقابلة ما يلى:

* وضوح الهدف من المقابلة.
* نجاح المعالج النفسى فى تهيئة مناخ علاجى صحى أساسه علاقة الألفة والمودة.
* شرح الغرض من المقابلة وأهدافها وتأكيد السرية التامة للبيانات التى تجمع عن طريق المقابلة.
* وضوح الأسئلة والاستفسارات ومناسبتها لمستوى المريض.
* البدء بالأسئلة التى لاتستثير فى المريض موقفا سلبيا.
* الدقة والتحديد فى اختيار ألفاظ الأسئلة حتى لاتستثير مشاعر المريض.
* عدم مقاطعة المريض أثناء استرساله فى الحديث أو بقطع تسلسل الأفكار لديه.
* تقبل آراء واتجاهات المريض كما هى وتقبله ككل دون أصدار أحكام تستهجن سلوكه أو تمدحه.
* رفع مستوى صدق وثبات المقابلة بإجرائها بطرق مختلفة وفى أوقات وأماكن متفرقة وذلك لكشف جميع الجوانب المطلوبة عن سلوك المريض.

مزايا المقابلة الشخصية:

تمتاز المقابلة بما يلى:

* الحصول على معلومات لايمكن الحصول عليها عن طريق الوسائل الأخرى، مثل التعرف على الأفكار والمشاعر والآمال، وبعض خصائص الشخصية، مما يتيح فهما أفضل للمريض ومشكلاته واضطراباته.
* تكوين مناخ من الألفة والاحترام والثقة المتبادلة بين المعالج والمريض.



شكل (٥) المقابلة

* إتاحة الفرصة أمام المريض للتفكير بصوت عال فى حضور مستمع جيد مما يمكنه من التعبير عن نفسه وعن مشكلته واضطرابه.
* إتاحة فرصة التنفيس الانفعالى وتبادل الآراء فى مناخ نفسى آمن.
* تنمية تحمل المسئولية الشخصية للمريض فى عملية العلاج.

عيوب المقابلة الشخصية:

للمقابلة الشخصية عيوب، منها:

* تحيز المعالج فى تفسيره للمحادثة أو نظرته للمريض.
* الإيحاء للمريض بنوع معين من الاستجابة على بعض الأسئلة.
* المرغوبية الاجتماعية التى تؤدى بالمريض إلى الهروب من بعض المواقف المخجلة أو المعيبة فى مفهوم الذات الخاص.
* ضيق الوقت المحدد للمقابلة مما قد يؤثر على ثبات وصدق المقابلة. (عطية هنا وسامى هنا، ١٩٧٦).

الملاحظة: Observation

الملاحظة وسيلة هامة وأساسية فى الحصول على المعلومات اللازمة عن سلوك المريض، وهى من أقدم وسائل جمع المعلومات.

وتشمل الملاحظة ملاحظة السلوك فى مواقف الحياة الطبيعية، ومواقف التفاعل الاجتماعى بكافة أنواعه، فى اللعب والدراسة والعمل، وفى مواقف الإحباط والمسئولية الاجتماعية والقيادة.

هدف الملاحظة:

تهدف الملاحظة إلى تسجيل الحقائق الخاصة بسلوك المريض، وتسجيل التغيرات التى تحدث فى سلوكه نتيجة للنمو، وتحديد العوامل التى تحركه سلوكيا، وتفسير السلوك الملاحظ.

أنواع الملاحظة:

تتعدد أنواع الملاحظة، ومنها:

* **الملاحظة المنظمة الخارجية:** وأساسها المشاهدة الموضوعية والتسجيل لنواح سلوكية معينة دون التحكم فى الظروف والعوامل التى تؤثر فى هذا السلوك. ويمكن أن تكون تتبعية لسلوك معين.
* **الملاحظة المنظمة الداخلية:** وتكون من الشخص نفسه لنفسه «التأمل الباطنى»، وهى ذاتية بطبيعتها، ومن عيوبها أنها لايمكن أن تستخدم مع الأطفال.
* **الملاحظة المباشرة:** وتكون مع المريض وجها لوجه فى المواقف ذاتها.
* **الملاحظة غير المباشرة:** وهى التى تحدث دون اتصال مباشر بين الملاحظين والمرضى، ودون أن يدرك المرضى أنهم موضع ملاحظة.
* **الملاحظة العرضية (الصدفية):** وهى عفوية غير مقصودة وتأتى بالصدفة، وتكون سطحية وغير دقيقة، وليس لها قيمة علمية كغيرها من أنواع

الملاحظة. ومن أمثلتها ملاحظة سلوك المريض فى المنزل أو فى العمل أو مع رفاق السن.

* **الملاحظة الدورية:** وهى تتم فى فترات زمنية محددة وتسجل حسب تسلسلها الزمنى كل يوم أو كل أسبوع أو كل شهر.
* **الملاحظة المقيدة:** وتكون مقيدة بمجال أو بموقف معين أو بفقرات محددة، مثل ملاحظة الأطفال فى اللعب، أو التفاعل الاجتماعى مع الكبار.

عوامل نجاح الملاحظة:

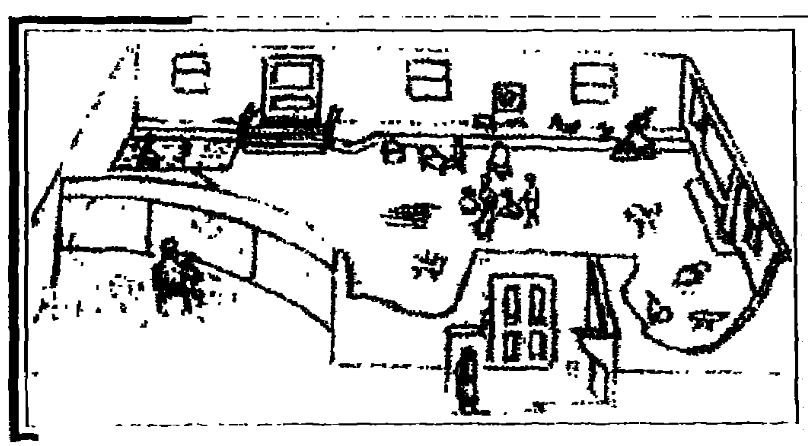
من عوامل نجاح الملاحظة: سرية المعلومات، والموضوعية فى التسجيل وتفسير السلوك، والدقة فى الإجراء، والخبرة والتدريب الجيد. ومن عوامل نجاح الملاحظة أيضا شمولها لعينات متنوعة من سلوك المريض السالب والموجب، ونقاط قوته وضعفه، وانتقاء السلوك المتكرر أو الثابت نسبيا، والاهتمام به وتمييزه عن السلوك العارض أو الطارئ.

خطوات إجراء الملاحظة:

من خطوات إجراء الملاحظة ما يلى:

* **الإعداد:** وذلك بالتخطيط المنظم لها والتحديد المسبق للسلوك المراد ملاحظته وأبعاده، وتحديد المعلومات المطلوبة، وهدف الملاحظة، وتحضير الأدوات اللازمة للتسجيل، وتحديد الزمان والمكان الذى تتم فيه الملاحظة.
* **المكان:** تتم الملاحظة العلمية فى حجرات مجهزة بالأجهزة والأدوات اللازمة. ولقد تطورت أساليب الملاحظة بتطور الأجهزة العلمية فى معامل علم النفس مثل آلات التصوير السينيمائى وكاميرات الفيديو والدوائر التليفزيونية المغلقة. ويستخدم كذلك غرف بها حواجز للرؤية من جانب واحد حيث يرى الملاحظون المرضى دون أن يراهم أحد منهم، وذلك لعدم الإحراج وحتى يكون السلوك تلقائيا قدر الإمكان.

* **اختيار عينات سلوكية مختلفة للملاحظة:** وذلك باختيار عينات متنوعة ومتعددة وشاملة وممثلة لأكبر عدد من مواقف الحياة المختلفة فى أوقات ومناسبات مختلفة، فى مواقف فردية أو جماعية. كذلك يجب الاهتمام بتكامل الموقف الملاحظ - أى أن يكون السلوك الملاحظ موقفا له بداية ونهاية.
* **عملية الملاحظة:** تتم عملية الملاحظة مع مريض واحد فى وقت واحد. وفى حالة ملاحظة سلوك الجماعة يحسن استخدام الشرائط التسجيلية والأفلام. ويحسن تعدد الملاحظين ضمانا للموضوعية والدقة، مع اتفاقهم جميعا على السلوك المراد ملاحظته ومعانى السمات السلوكية التى تلاحظ. ويحسن أن تستخدم «قوائم الملاحظة» لتحقيق هذا الغرض.
* **التسجيل:** يجب أن تسجل الملاحظة بعدها مباشرة وليس أثناءها، ويجب الإسراع بتسجيل وتلخيص كل مادار فى الملاحظة. كذلك تسجيل تاريخ ومكان وزمان الملاحظة وأسماء من قاموا بها.
* **التفسير:** يتم تفسير السلوك الملاحظ، ويجب أن يكون فى ضوء الخلفية التربوية والاجتماعية والثقافية والاقتصادية للمريض، وخبراته السابقة وإطاره المرجعى. (انظر شكل٦).



شكل (٦) الملاحظة

مزايا الملاحظة:

من مزايا الملاحظة ما يلى:

* الحصول على معلومات لايمكن الحصول عليها عن طريق غيرها من الوسائل.
* دراسة السلوك الفعلى فى مواقفه الطبيعية. وهذا أفضل من قياسها بالاختبارات والمقاييس أو السلوك اللفظى والتى قد تلعب فيها المرغوبية الاجتماعية دورا كبيرا.

عيوب الملاحظة:

من عيوب الملاحظة ما يلى:

* تدخل الذاتية ورجوع الملاحظ فى ملاحظته إلى خبراته الشخصية.
* رفض بعض الأفراد والجماعات بأن يكونوا موضع ملاحظة ، كالمراهقين والأزواج والأسر.
* تعارض بعض أنواع الملاحظة مع مبدأ رئيسى من أخلاقيات العلاج النفسى، وهو استئذان المريض قبل الملاحظة مما يفسد التلقائية والطبيعية فى سلوك المريض.

(عبدالرحمن العيسوى، ١٩٧٩).

الاختبارات والمقاييس: Tests and Measures

الاختبارات والمقاييس النفسية من أهم وسائل جمع المعلومات فى الفحص والتشخيص. وتهتم العيادات النفسية بإعداد الكثير من الاختبارات والمقاييس الفردية والجماعية فى شكل «بطارية» لقياس جوانب الشخصية

المختلفة مثل: الذكاء، والاتجاهات، والقيم، والميول، والقدرات، والتوافق. والاختبارات والمقاييس وسيلة جيدة لتحديد دوافع وصراعات واهتمامات واستعدادات وقدرات المريض. وتوجد أنواع كثيرة من الاختبارات والمقاييس منها: اللفظية وغير الفظية، والفردية والجماعية، والعملية والورقية، واختبارات السرعة والدقة، والاختبارات التشخيصية.

ويمكن الإفادة من الاختبارات والمقاييس في دراسة السلوك الإنسانى والحصول على بيانات دقيقة إذا أحسن استخدامها ووضعت لها الضوابط، وأمكن التأكد من ثباتها وصدقها ودلالتها الكلينيكية. وتطبق الاختبارات والمقاييس في وقت أقصر وبمجهود أقل عن الوسائل الأخرى، وتساعد فى تحديد الوسائل الملائمة للعلاج. (فيصل عباس، ١٩٨٣).

شروط الاختبارات والمقاييس الجيدة:

هناك شروط يجب توافرها فى الاختبارات والمقاييس الجيدة، وهى: الصدق، والثبات، والموضوعية، والتقنين، وسهولة الاستخدام، وتعدد الاختبارات، والاعتدال فى استخدامها، وتجنب المرغوبية الاجتماعية، والبعد عن أثر الهالة.

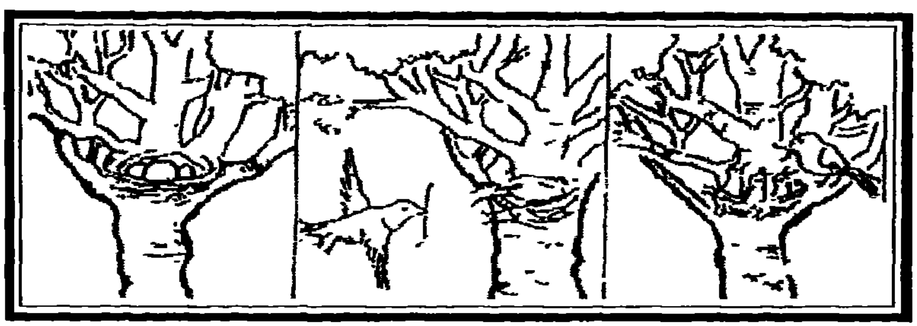
استخدام الاختبارات والمقاييس:

يتطلب استخدام الاختبارات والمقاييس النفسية مراعاة دقة اختيارها، ومهارة الأخصائى فى تطبيقها وقابلية المفحوص لها، ومراعاة الشروط الأساسية كاختيار المكان المناسب لأدائها، والمناخ النفسى الهادئ، والإجراء السليم، وتفسير نتائجها موضوعيا.

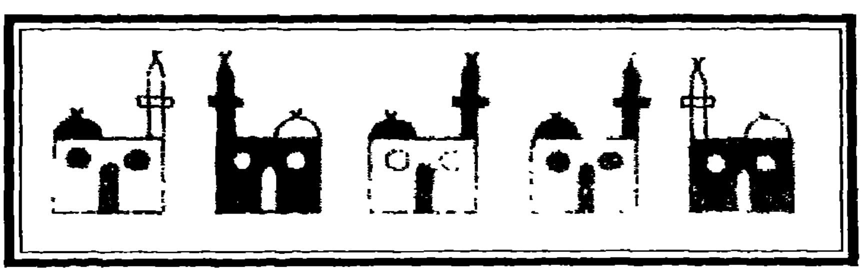
أنواع الاختبارات والمقاييس:

توجد أنواع عديدة من الاختبارات والمقاييس حسب الغرض منها، ومن أنواعها مايلى:

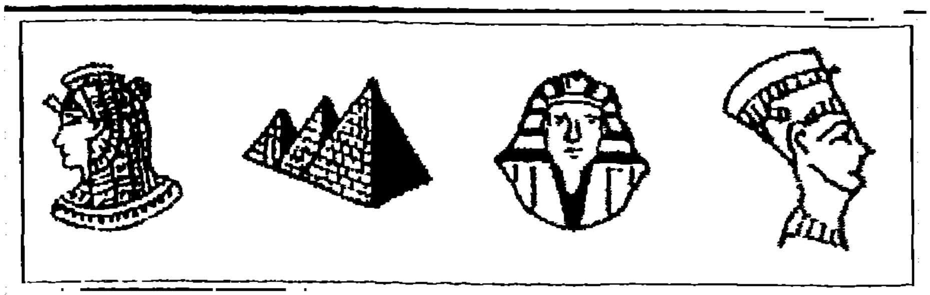
* **اختبارات ومقاييس الذكاء:** وتكون في صور تتناسب مع التعريف الرئيسي الذي يقوم كل منها على أساسه، فمنها ما يقيس الذكاء باعتباره القدرة العقلية العامة، أو القدرة على إدراك العلاقات والمتعلقات، أو القدرة على حل المشكلات. ومن أمثلة اختبارات ومقاييس الذكاء: مقياس ستانفورد - بينيه الذي عدله وعربه إسماعيل القباني، واقتبسه محمد عبدالسلام أحمد ولويس كامل مليكة، ومقياس ويكسلر لذكاء الأطفال إعداء محمد عماد الدين إسماعيل ولويس كامل مليكة (انظر شكل ٧) ومقياس ويكسلر - بيلفيو لذكاء الراشدين والمراهقين إعداد لويس كامل مليكة، واختبار عين شمس للذكاء الابتدائي تأليف عبدالعزيز القوصي وآخرون، واختبار ذكاء الشباب المصور تأليف حامد زهران، (انظر شكل ٨) واختبار ذكاء الشباب اللفظي تأليف حامد زهران، واختبار ذكاء الأطفال تأليف إجلال سري. (انظر شكل ٩).



شكل (٧) مقياس ويكسلر (عينة)



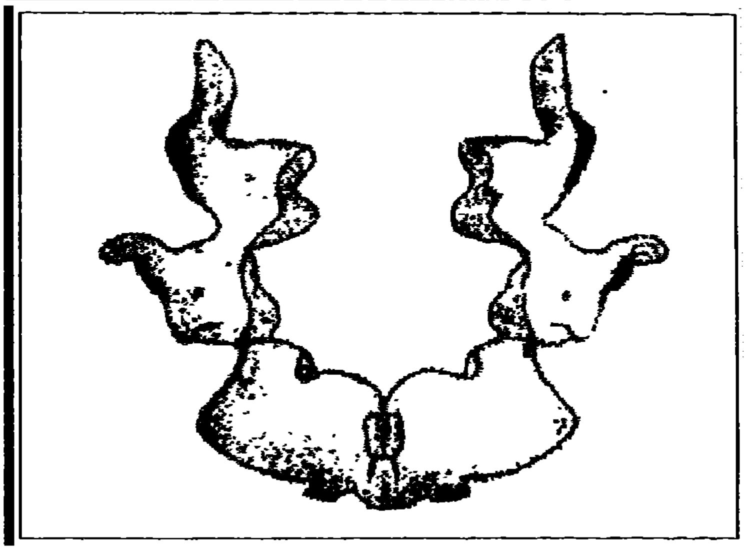
شكل (٨) اختبار ذكاء الشباب المصور (عينة)



شكل (٩) اختبار ذكاء الأطفال (عينة)

* **اختبارات ومقاييس التحصيل:** وهى اختبارات معلومات ومعارف ومهارات. وتعتبر الحصيلة التربوية مقاييس لنتائج علمية التعلم. ومعظم اختبارات التحصيل المقننة من النوع الموضوعى الذى يتضمن عددا كبيرا من الأسئلة ذات الإجابات القصيرة، أو الاختيار من متعدد، أو التكملة، أو الصح والخطأ، أو المزاوجة. وتقوم المراكز القومية للبحوث التربوية والمراكز القومية للتقويم والامتحانات بإعدادها وتقنينها.
* **اختبارات ومقاييس الشخصية:** وتكون لقياس أبعاد الشخصية وسماتها وأثرها على السلوك والتوافق النفسى. ومعظم اختبارات ومقاييس الشخصية تؤدى إلى صفحة نفسية تحدد موقع المريض بالنسبة لأبعاد الشخصية وسماتها. ومن اختبارات ومقاييس الشخصية الشائعة الاستخدام: اختبار عوامل الشخصية للراشدين تأليف ريموند كاتيلCattell وإعداد عطية هنا وآخرون، وقائمة أيزينك للشخصية إعداد جابر عبدالحميد جابر ومحمد فخر الإسلام، واختبار مفهوم الذات تأليف حامد زهران، واختبار بقع الحبر وضع رورشاخ (شكل ١٠)، واختبار تفهم الموضوع للكبار وضع هنرى مورایMurray إعداد أحمد عبدالعزيز سلامة (شكل ١١)، وإختبار تفهم الموضوع للأطفال وضع بيلاك Bellak ويوجد منه صورة تتضمن أشكال حيوانات (شكل ١٢)

وآخرى تتضمن أشكال آدميين (شكل ١٣)، واختبار تفهم الموضوع للمسنين وضع بيلاك وبيلاك وتعريب عبدالعزيز القوصى ومحمد الطيب، (شكل١٤)، واختبار ساكس لتكملة الجمل إعداد أحمد عبدالعزيز سلامة.



شكل(١٠) اختبار رورشاخ (عينة)



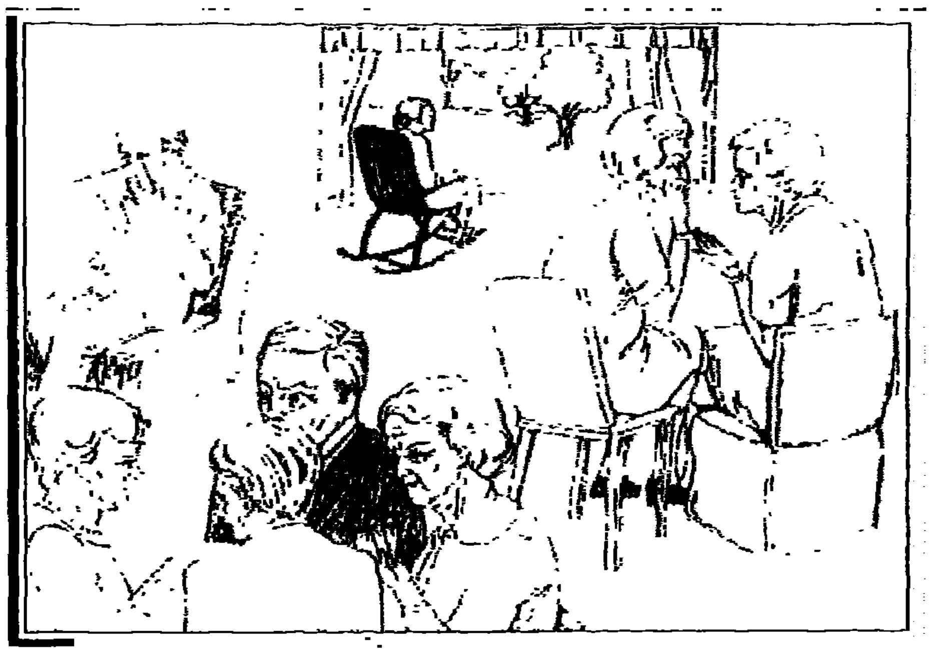
شكل(١١) اختبار تفهم الموضوع للكبار (عينة)



شكل(١٢) اختبار تفهم الموضوع للأطفال (صورة الحيوانات) (عينة)



شكل(١٣) اختبار تفهم الموضوع للأطفال (الصورة الآدمية) (عينة)



شكل(١٤) اختبار تفهم الموضوع للمسنين (عينة)

* **اختبارات ومقاييس التشخيص:** وهدفها المساعدة فى تحديد المشكلات وتشخيص الاضطرابات والأمراض النفسية. ومن أمثلتها اختبار التشخيص النفسى تأليف حامد زهران، واختبار الشخصية المتعدد الأوجه تأليف هاثاوى وماكينلى Hathaway & McKinley إعداد عطية هنا وآخرون، واختبار الشخصية السوية إعداد عطية هنا وسامى هنا.

* **اختبارات التوافق النفسى:** وهى تقيس التوافق النفسى للمريض شخصيا واجتماعيا ومهنيا وزواجيا وأسريا، ومن أمثلتها: اختبار التوافق للطلبة وضع هيو بيلBell وإعداد محمد عثمان نجاتى، واختبار التوافق النفسى العام تأليف إجلال سرى.

* **مقاييس الصحة النفسية:** وهى تقيس الصحة النفسية للفرد، ومن أهمها: مقياس الصحة النفسية اقتباس وإعداد محمد عماد الدين إسماعيل وسيد مرسى، ومقياس الصحة النفسية للشباب وضع حامد زهران وفيوليت فؤاد.

مزايا الاختبارات والمقاييس:

تمتاز الاختبارات والمقاييس بما يلى:

* تكون موضوعية وأكثر صدقا وثباتا من غيرها من الوسائل.
* تعطى تقديرا كميا وكيفيا معياريا لشخصية المريض واستعداداته وقدراته.
* تعتبر وسيلة اقتصادية.
* تعتبر وسيلة فعالة فى التصنيف والتقييم واتخاذ القرارات والتنبؤ.

عيوب الاختبارات والمقاييس:

من أهم عيوب الاختبارات والمقاييس ما يلى:

* تعطى صفات للمرضى تظل ملازمة لهم مما قد يؤثر فى الوضع الاجتماعى لهم.
* قد يوجد بها بعض القصور فى إنشائها وتقنينها.
* يبالغ فى الاهتمام بها بعض المعالجين ويعتقدون أنها أهم ما فى عملية العلاج النفسى.
* قد يساء استخدامها أو تفسير درجاتها.

(حامد زهران ١٩٩٨).

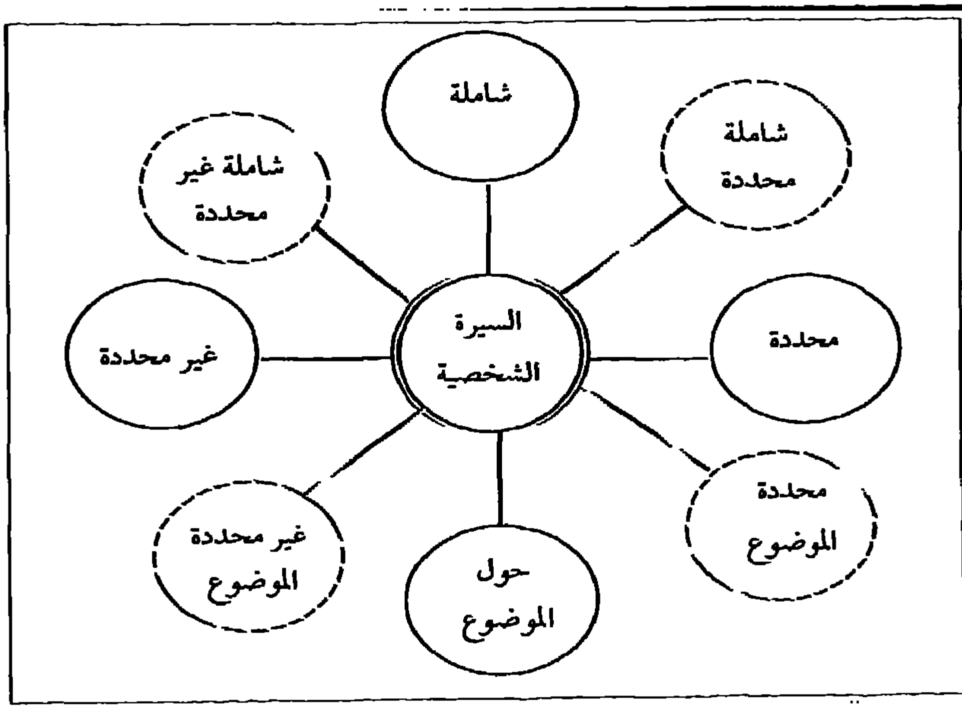
السيرة الشخصية: Autobiography

هى تقرير ذاتى يكتبه الفرد عن نفسه بقلمه. وهى تتناول حياة الفرد الشعورية لمعظم جوانب حياته مثل ماضيه وحاضره وتاريخه الشخصى والاجتماعى والمهنى والانفعالى، وخبراته الهامة ومشاعره وأفكاره وميوله وهواياته وقيمه وأهدافه وخططه المستقبلية وأسلوب حياته، ومشكلاته وإحباطاته وصراعاته، وتوافقه العام واتجاهاته. ويتم جمع المعلومات بوسيلة السيرة الشخصية بناء على المبدأ القائل إنه «ليس هناك من هو أعرف بالفرد من نفسه». ومن أشهر نماذج السيرة الشخصية «الأيام» لطه حسين. (حامد زهران، ١٩٩٨).

أنواع السيرة الشخصية:

تتعدد أنواع السيرة الشخصية، ومنها:

* **السيرة الشخصية الشاملة:** وتشمل مدى واسعا من الخبرات في مدى زمني طويل من حياة المريض.
* **السيرة الشخصية حول موضوع:** وتشمل مدى محددا أو خبرة معينة.
* **السيرة الشخصية المحددة:** وتوجد بها الخطوط العريضة للموضوعات الهامة المطلوب الكتابة فيها . فمثلاً يكتب المريض عن تاريخه الشخصي والاجتماعي والانفعالي ومفهوم الذات، وذلك للحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات، ويفيد في حالات الأفراد الذين ليس لديهم الطلاقة اللغوية.
* **السيرة الشخصية غير المحددة (الحرة)** : وفيها يترك للمريض الحرية في الكتابة عن جانب من جوانب حياته أو موضوع معين، أو قصة حياته كاملة (انظر شكل ١٥).



شكل (١٥) أنواع السيرة الشخصية

مصادر السيرة الشخصية:

مصادر السيرة الشخصية متعددة ومنها:

* **الكتابة المباشرة**: وهى تقرير ذاتى عن سيرة المريض الشخصية يكتبها مباشرة وبقلمه عندما يطلب المعالج ذلك.
* **المفكرات الشخصية**: وتشمل كل ما يقوم به المريض فى حياته اليومية، مثل نشاطه وهواياته، وهى مفكرات خاصة جداً بالمريض، وقليل من المرضى من يقدم مثل هذه المفكرات للمعالجين، على الرغم من أنها مصدر غنى للمعلومات.
* **المفكرات الخاصة**: وهى المذكرات الخاصة بالمريض والتى تحتوى على خبرات أو أحداث أو مشكلات هامة فى حياته، ويدون المراهقون الكثير من هذه المذكرات.
* **المستندات الشخصية**: وهى التى تتناول سلوك المريض وخبراته المتنوعة فى حياته اليومية، مثل الوثائق الرسمية، والخطابات الشخصية .
* **الإنتاج الأدبى والفنى**: مثل الشعر والنثر والرسم، مما يعبر عن مشاعر المريض وأفكاره والكثير من جوانب شخصيته واستعداداته واتجاهاته وصراعاته وميوله بالإضافة إلى فرصة الإسقاط والتنفيس الانفعالى.

عوامل نجاح السيرة الشخصية:

هناك عوامل ضرورية لنجاح السيرة الشخصية، وهى : الاستعداد للكتابة، وشعور المريض بالمسئولية، والصدق، والالتزام بالترتيب الزمنى والاعتدال فى الكتابة، والتحديد للزمان والمكان، والسرية.

خطوات السيرة الشخصية:

تسير خطوات السيرة الشخصية كما يلى:

* **الإعداد**: أى إعداد الفرد للكتابة، وتوضيح ماهية السيرة الشخصية، وهدفها، وكيفية كتابتها.

* **دليل الكتابة**: وهو دليل يقدم للفرد ويحدد الخطوط الرئيسية المطلوب الكتابة فى إطارها.
* **المكان**: تكتب السيرة الشخصية فى منزل الفرد أو فى مركز الإرشاد النفسى أو فى العيادة النفسية. ويمكن أن يكتبها الفرد منفرداً أو فى جلسة جماعية.
* **الزمان**: ليس لكتابة السيرة الشخصية زمن معين أو محدد، فقد تكتب فوريًا أو بعد فترة قصيرة من الجلسة أو فى وقت لاحق أو خلال فترة يحددها المعالج للمريض.
* **الكتابة** : يعطى للمريض الحرية الكاملة للتعبير عن سيرته الشخصية بالأسلوب الذى يرغب فيه دون تدخل من المعالج، فقد يكتب المريض باللغة الفصحى أو بالعامية، وقد يحدد عدد الصفحات أو لا يحدد.
* **المناقشة**: يناقش المعالج محتوى السيرة الشخصية مع المريض مستفسراً عن بعض محتوياتها إذا لزم الأمر.
* **التفسير والتحليل**: يقوم المعالج بتفسير وتحليل محتوى السيرة الشخصية للمريض فى ضوء المعلومات التى جمعها المعالج عن طريق وسائل جمع المعلومات الأخرى، ويوجد أسلوبان للتفسير هما: الأسلوب الكمى والأسلوب الكيفى .

مزايا السيرة الشخصية:

من أهم مزايا السيرة الشخصية ما يلى:

* تصلح للإجراء بصورة جماعية مما يوفر الوقت والجهد والمال.
* تيسر الحصول على معلومات كلينيكية مهمة عن الجانب الذاتى من حياة المريض وشخصيته التى قد لا تكشفها الوسائل الأخرى.
* تصلح أكثر لمن لا يستطيعون الكلام أمام الآخرين وللمرضى الذين يكتبون عن أنفسهم أحسن مما يتكلمون .
* تفيد فى دراسات العباقرة وذوى الحاجات الخاصة.

* تتيح الفرصة للمريض للتعبير بأسلوبه وبطريقته فى عرض مشكلته.
* تحتوى على عناصر هامة مثل التنفيس الانفعالى والتخلص من القلق والتوتر وزيادة الاستبصار لدى المريض.
* تتيح فرصة مشاركة المريض فى عملية العلاج النفسى.

عيوب السيرة الشخصية:

من عيوب السيرة الشخصية ما يلى:

* تعتمد على الاستبطان، وهى أكثر تشبعًا بعامل الذاتية.
* تلعب حيل الدفاع النفسى دوراً كبيراً فى كتابتها مما يؤثر على الحقائق والمعلومات التى وردت بها.
* تستخدم مع الكبار والمثقفين فقط.
* يصعب تفسيرها وتحليلها بدقة.
* يقل ثباتها وصدقها نسبيًا.

دراسة الحالة: Case Study

دراسة الحالة وسيلة شائعة الاستخدام لتلخيص أكبر عدد ممكن من المعلومات عن المريض، وهى أكثر الوسائل شمولاً وتفصيلاً.

ويرى البعض أن دراسة الحالة ليست «وسيلة» لجمع المعلومات بالمعنى الحرفى للكلمة، ولكنها أسلوب لتجميع المعلومات التى تم جمعها بالوسائل الأخرى مثل المقابلة والملاحظة والتقارير الذاتية وتقارير المعلمين والاختبارات والمقاييس... إلخ.

وتعتبر دراسة الحالة الطريق المباشر إلى جذور المشكلات الإنسانية.

وتتضمن دراسة الحالة كل المعلومات التى تجمع عن الحالة. وهى تحليل دقيق للموقف العام للفرد ككل. وهى وسيلة لتنسيق المعلومات التى جمعت بوسائل أخرى عن المريض وبيئته. وهى بحث شامل لأهم عناصر حياة الفرد.

المصطلحات الفنية المعقدة، وتجنب التعميمات والتنبؤات غير المناسبة لجنس المريض أو مرحلة عمره أو ثقافته أو مهنته.

دليل فحص ودراسة الحالة:

يجب أن تشتمل دراسة الحالة على كل المعلومات والعوامل والخبرات التي جعلت المريض على ما هو عليه، أي أنها تحتوى على ما يلى:

* المعلومات الهامة اللازمة لعملية العلاج النفسى.
* نقاط القوة ونقاط الضعف والإيجابيات والسلبيات لدى المريض.
* عينات من سلوك المريض فى الحياة اليومية.

ويفضل البعض استخدام إطار معيارى مقنن ومحدد لدراسة الحالة يعتبر إطاراً منظماً لها. وليس هناك شكل واحد لهذا الإطار، ولكن توجد أشكال مختلفة بعضها مفصل وشامل، وبعضها مختصر يركز على المعلومات الرئيسية فقط.

ومن النماذج المفصلة «دليل فحص ودراسة الحالة» الذى أعده حامد زهران (١٩٧٦)، وهو دليل يسترشد به المعالج فى مرونة، وهو يجمع المعلومات عن المريض، وذلك حسب عمره وجنسه، وثقافته وحالته الاجتماعية. ويقصد بالمرونة مثلاً الكلام بالعامية أو الإضافة بعض الشرح والإيضاح المختصر، أو حذف بعض الفقرات التى تطبق فقط على الجنس الآخر أو على المتزوج فقط أو الأعزب فقط .. إلخ . أما عن محتوى دليل فحص ودراسة الحالة فيتكون من ثمانية مباحث يتضمن كل منها عدداً من الفقرات على النحو التالى:

* **البيانات العامة**: الحالة، الوالدان، ولى الأمر، الإخوة والأخوات، القرين، الأولاد، الأقارب الذين يعيشون مع الأسرة، الأفراد الذين يعولهم، الآخرون الذين يمكن الاستفادة بهم، محيل الحالة أو جهة الإحالة .
* **المشكلة أو المرض**: تحديد المشكلة أو المرض الحالى، أسباب وأعراض

وعادة ما يقوم المعالج بدراسة الحالة فى الحالات العادية، أما فى الحالات الشديدة فيقوم بذلك أكثر من أخصائى كل فى تخصصه.

وتعتبر دراسة الحالة بمثابة قطاع مستعرض فى حياة الفرد، أى أنها دراسة استعراضية لحياة الفرد تركز على حاضره وماضيه مع نظرة وتطلع إلى المستقبل، وذلك من باب ربط الأحداث أو الخبرات، أى أنها دراسة تتبعية لحياة المريض . (رسمية خليل، ١٩٦٨).

هدف دراسة الحالة:

تهدف دراسة الحالة إلى فهم أفضل للمريض ومشكلاته، وطبيعتها، وأسبابها، والتخطيط للخدمات العلاجية، وتعطى دراسة الحالة إطاراً معيارياً منظمًا للبيانات والمعلومات العامة، والشخصية، والجسمية، والعقلية، والانفعالية... إلخ.

والوظيفة الرئيسية لدراسة الحالة هى تجميع المعلومات ومراجعتها، ودراستها وتركيبها وتلخيصها ووزنها كلينيكيًا، أى وضع وزن كلينيكى يوضح أهمية وخطورة كل منها. فمثلاً قد يكون هناك معلومة أو خبرة لها وزن كلينيكى أثقل من الوزن الكلينيكى لعشرات المعلومات الأخرى . (حامد زهران، ١٩٧٦).

أهمية دراسة الحالة:

تعتبر دراسة الحالة نقطة بداية جيدة للمقابلة الشخصية، وتساعد المعالج فى فهم المريض، وتعرف مشكلاته، وتساعد المريض على فهم نفسه بصورة أوضح وترضيه حيث يلمس أن حالته تدرس دارسة علمية مفصلة. وتستخدم دراسة الحالة كذلك لأغراض البحث العلمى.

شروط دراسة الحالة:

لكى تكون دراسة الحالة ذات قيمة علمية، يجب أن تتوافر لها شروط منها: وضوح الكتابة، والدقة فى تحرى المعلومات، وتكامل المعلومات بالنسبة للحالة أو المشكلة، والموضوعية، والاختصار دون إخلال، وتجنب

وتاريخ المشكلة أو المرض، المشكلات أو الأمراض الأخرى، طريقة حل المشكلات، الجهود العلاجية السابقة، التغيرات التى طرأت على الحالة .

* **الفحص النفسى**: آخر فحص نفسى، الأمراض النفسية السابقة، الأمراض النفسية فى الأسرة، الذكاء، القدرات العقلية، الشخصية، اضطرابات الشخصية، الصحة النفسية، التوافق النفسى، الأسباب والأعراض النفسية للمشكلة أو المرض.

* **البحث الاجتماعى**: آخر بحث اجتماعى، المشكلات الاجتماعية السابقة، فى الأسرة، والمدرسة، والمهنة، والمجتمع.

* **الفحص الطبى**: آخر فحص طبى، الأمراض الجسمية السابقة، العمليات الجراحية السابقة، الأمراض الجسمية فى الأسرة، الأمراض الجسمية الوراثية فى الأسرة، الإصابات والجروح والعاهات، الحالة الصحية العامة، أجهزة الجسم، الحواس، العوامل العضوية المسببة للأمراض النفسية، فحوص طبية أخرى.

* **الفحص العصبى**: آخر فحص عصبى، الأمراض العصبية السابقة، الأمراض العصبية فى الأسرة، الأمراض العصبية الوراثية فى الأسرة، المخ، الأعصاب المخية، المخيخ، الحبل الشوكى، الأعصاب الشوكية، الجهاز العصبى الذاتى، الإحساس، فحوص عصبية أخرى.

* **ملاحظات عامة** : فهم الحالة لطبيعة وغرض الفحص، فهم التعليمات، الاتجاه نحو الفحص، الاهتمام به، الرغبة فى إجرائه، الجهد الذى يبذله، الانتباه، التعاون، القدرة على التعبير عن النفس، مجرى الحديث، النشاط الجسمى، السلوك غير العادى أو الغريب.

* **ملخص الحالة**: يلخص أهم النواحى المرضية فى ضوء البيانات العامة، وتحديد المشكلة أو المرض، والفحص النفسى، والبحث الاجتماعى، والفحص الطبى، والفحص العصبى، والملاحظات العامة.

تنظيم دراسة الحالة:

تتطلب دراسة الحالـة تنظيمًا خاصًا يراعى فيه عدة أمـور منها: الاهتمام بالمعلومات الضـرورية، وعدم تجاهل بعضها، وعدم التركيـز على المعلومات الفرعية أو الثانوية . (انظر شكل ١٦).



شكل (١٦) دراسة الحالة

مزايا دراسة الحالة:

تمتاز دراسة الحالة بما يلى:

* تيسير فهم وتشخيص وعلاج الحالة عـلى أساس علمى دقيق غير متسرع مبنى على البحث والدراسة.
* تفيد فـى التنبؤ، وذلك عندمـا يحتاج دارس الحالة فهم الحـاضر فى ضوء الماضى، ومن ثم يستطيع أن يلقى نظرة على المستقبل.
* تفـيد فى عمـلية التـنفيس الانـفعالـى وإعادة تنظـيم الخبرات والأفـكار، وتكوين استبصار جديد بالمشكلة أو المرض.

عيوب دراسة الحالة:

يؤخذ على دراسة الحالة ما يلى:

* تستغرق وقتًا طويلاً مما قد يؤخر المساعدة عن موعدها المناسب، وخاصة فى الحالات التى يكون فيها عنصر الوقت عاملا فعالاً ومؤثراً.

* تصبح دراسة الحالة كما من المعلومات لا معنى له يضلل أكثر مما يساعد، إذا لم يحدث تجميع وتنظيم وتلخيص ماهر للمعلومات.

(حامد زهران، ١٩٧٦أ، إجلال سرى، ١٩٨٢).

الفصل التاسع
عملية العلاج النفسى

العلاج النفسى:

العلاج النفسى قديم قدم التاريخ، إلا أن أسسه ونظرياته لم تتبلور إلا فى بداية القرن الحالى.

والعلاج النفسى بمعناه العام هو نوع من أنواع العلاج يستخدم طرقًا وأساليب علمية لعلاج الأمراض النفسية.

والعلاج النفسى ليس مقصوراً على مجرد إزالة بعض الأعراض المرضية التى يشكو منها المريض، ولكنه يعالج الاضطرابات السلوكية والأمراض النفسية التى يعانى منها بعض الأفراد، والتى تحول دون توافقهم السليم فى الحياة والتمتع بالصحة النفسية.

ويهتم العلاج النفسى بتفسير طبيعة الأعراض للتخلص منها، ومعرفة الأسباب لإزالة آثارها، وتشجيع المريض والعمل على تحقيق الشفاء من المرض النفسى . (سعد جلال، ١٩٦٦، فيصل الزراد، ١٩٨٤).

تعريف العلاج النفسى:

يذكر المؤلفون تعريفات كثيرة للعلاج النفسى، نذكر منها على سبيل المثال ما يلى:

* هو نوع من العلاج للأمراض العقلية والاضطرابات السلوكية ينشىء فيه المعالج عقداً مهنيًا مع المريض، ومن خلال اتصال علاجى محدد (لفظى أو غير لفظى) يحاول المعالج أن يخفف من اضطرابات المريض الانفعالية، وتغيير أنماطه السلوكية سيئة التوافق، وتنمية شخصيته وتطورها . (فريدمان وآخرون.Freedman et al، ١٩٦٧).

* هو صورة من صور مناقشة مشكلات ذات طبيعة انفعالية يقوم فيها المعالج بتكوين علاقة مهنية مع المريض يسعى فيها إلى إزالة أو تعديل أعراض معينة، أو تغيير سلوك ظاهرى، وهدفه من ذلك تعزيز وتقوية وإبراز الجوانب الإيجابية فى شخصيته النامية وتطويرها . (مصطفى فهمى، ١٩٦٧).

* هو نشاط مخطط يقوم به المعالج النفسى بهدف تحقيق تغير فى الفرد ليجعله أكثر توافقًا . (عطية هنا ومحمد سامى هنا، ١٩٧٦).

* هو مجموعة من الجهود الفنية التى يقوم بها المعالج النفسى فى سبيل مساعدة الفرد على حل مشكلاته التى تواجهه، وتحول بينه وبين توافقه النفسى . (نبيل حافظ، ١٩٨٣).

* هو نوع من العلاج يستخدم فيه أية طريقة نفسية لعلاج المشكلات أو الاضطرابات أو الأمراض ذات الصبغة الانفعالية التى يعانى منها المريض وتؤثر فى سلوكه، حيث يتم العمل على إزالة الأعراض المرضية الموجودة، مع مساعدته على حل مشكلاته الخاصة وتوافقه مع بيئته، واستغلال إمكاناته وتنمية شخصيته ودفعها فى طريق النمو الصحى، بحيث يصبح المريض أكثر نضجًا وقدرة على التوافق النفسى فى المستقبل. (حامد زهران، ١٩٩٧).

وتعرف المؤلفة العلاج النفسى بأنه : نوع من العلاج المتخصص، تستخدم فيه طرق وأساليب نفسية، لعلاج المشكلات أو الاضطرابات أو الأمراض نفسية المنشأ، بهدف حل المشكلات وإزالة الأعراض والشفاء من المرض، ونمو الشخصية، وتحقيق أفضل مستوى ممكن من التوافق النفسى، والتمتع بالصحة النفسية.

أهداف العلاج النفسى:

يهدف العلاج النفسى إلى تحقيق ما يلى:

* تعديل السلوك غير السوى واللاتوافقى للمريض، وتعلم السلوك السوى والتوافقى، وتحويل الخبرات المؤلمة إلى خبرات معلِّمة.
* إعطاء الفرصة للمريض أن يتعلم أساليب متنوعة من السلوك المتوافق.
* تهيئة المناخ المشبع بالأمن النفسى وإزالة القلق والتخلص من السلوك المرضى.
* إزالة أسباب المرض وعلاج أعراضه، وحل المشكلات والسيطرة عليها.
* تدعيم نواحى القوة وتلافى نواحى الضعف فى الشخصية.
* تحقيق تقبل الذات وتقبل الآخرين، وإقامة علاقات اجتماعية سوية.
* تدعيم وبناء الشخصية وتكاملها.
* زيادة القدرة على حل الصراعات والتغلب على الإحباطات ومواجهة الحرمانات، وتحمل الصدمات.
* العمل على إتمام الشفاء.

(محمد عماد الدين إسماعيل، ١٩٥٩، أحمد عبد العزيز سلامة، ١٩٧٩).

الإجراءات المشتركة فى عملية العلاج:

توجد إجراءات مشتركة بين معظم طرق العلاج النفسى، وهذه الإجراءات المشتركة تمثل الإجراءات الأساسية فى عملية العلاج النفسى. وفيما يلى أهم هذه الإجراءات:

المناخ العلاجى:

يبدأ العلاج النفسى بتهيئة المناخ العلاجى الصحى وذلك بإعداد المكان والزمان المناسبين لعملية العلاج، والاتفاق مع المريض على مواعيد الجلسات العلاجية، وتبصيره بدوره وتحمل مسئوليته فيها، وإتاحة فهم

سلوك المريض من واقع إطاره المرجعى. ومعروف أن المناخ العلاجى الآمن والقائم على الفهم والتقبل والألفة يشجع المريض ويبعث فيه الطمأنينة والأمل.

العلاقة العلاجية:

تبدأ الجلسة العلاجية بالترحيب بالمريض، ويبدأ المريض بالحديث عن مشكلته أو مرضه بحرية، ويستجيب المعالج له فى بشاشة وتسامح وتقدير واحترام. ويظهر المعالج نيته الصادقة ورغبته فى مساعدة المريض. ويلون هذه العلاقة الثقة المتبادلة والشعور بالأمن والأمل والتعاون. وتحدد المسئوليات بين كل من المعالج والمريض، كما تتضمن العلاقة العلاجية التفاعل والاتصال بينهما. وإذا استمر الاتصال والتفاعل فإن العلاقة العلاجية تزداد توثقًا وثراء وفعالية. ويحتاج نجاح العلاقة العلاجية إلى ممارسة العلاج النفسى كفن إلى جانب ممارسته كعلم. (أنطونى ستور، ١٩٩١).

التداعى الحر: Free Association

هو إطلاق العنان للأفكار والخواطر والاتجاهات والصراعات والرغبات والمشاعر فى تلقائية دون قيد أو شرط مهما بدت تافهة أو محرجة أو مؤلمة أو معيبة، وإخراج هذه المواد المكبوتة من اللاشعور إلى حيز الشعور حتى يمكن التعامل معها.

يتطلب التداعى الحر من المعالج أن يكون يقظًا لانفعالات المريض وحركاته وفلتات لسانه أو زلات قلمه، أو التوقف المفاجئ فى تسلسل التداعى وترابطه، أو مقاومته تجنبًا لمواجهة موقف أو خبرة معينة.

وقد يقلق المريض استعادة المواد المكبوتة من اللاشعور إلى الشعور، مما قد يجعله يلجأ إلى المقاومة، وعلى المعالج أن يفسر كل ما كشف عنه التداعى الحر وعلاقته بخبرات المريض ومشكلاته، وأن يساعد المريض على الاستبصار بحالته. (حامد زهران، ١٩٩٨).

التنفيس الانفعالى: Emotional Catharsis

هو تطهير وتفريغ الشحنات النفسية الانفعالية، وهو تخفيف الحمولة النفسية التى يعانى من عبئها المريض حتى لا يحدث تصدع فى الشخصية. وفى هذه الحالة يجب على المعالج شرح وتفسير الانفعالات النفسية والتخلص من آثارها السلوكية الضارة.

وتتجلى أهمية التنفيس الانفعالى فى التخلص من الخبرات الانفعالية المؤلمة المليئة بالشعور بالذنب والقلق وبعض محتويات مفهوم الذات الخاص.

ويجب على المعالج النفسى أن يتقبل المريض لذاته، وألا يوجه له اللوم أو يعترض على ما يقول المريض مهما كان، حتى يشعر المريض بالأمن النفسى ويعبر عما يكنه أو يخفيه فى صورة بكاء، أو غضب أو صمت. (سعد جلال، ١٩٦٦).

التفسير: Interpretation

هو إعطاء معنى للمعلومات التى جمعت، وإيضاح ما ليس واضحًا، وإفهام ما ليس مفهومًا، وإعادة بناء خبرات المريض. ويتضمن ذلك تفسير الأعراض، وتوضيح الصلة بين الأحداث والأعراض وسمات الشخصية والخبرات، وتوضيح التناقض بين ما يقول أنه يشعر به وبين ما يشعر به بالفعل. (أنطونى ستور، ١٩٩١).

ويتناول التفسير العلاقة العلاجية بين المعالج والمريض وما يدور فى الجلسات العلاجية، والعلاقات الشخصية والاجتماعية مع نفسه ومع الآخرين، وهدف وأسلوب الحياة. ويتناول التفسير كذلك أسباب الاضطرابات وأعراضها، ونماذج من سلوك المريض.

ومن عوامل نجاح التفسير : الوضوح، والإيضاح، والتدرج، والشمول، والدقة، والإقناع. (حامد زهران، ١٩٩٨).

الاستبصار: Insight

هو فهم ومعرفة مصدر المشكلة أو الاضطراب لدى المريض والتعرف على نواحى القوة ونواحى الضعف، وكشف جوانب شخصيته الموجبة والسالبة، وقدرته على التحكم فى سلوكه، وفهمه لذاته فهمًا جيداً.

ويتوقف استبصار المريض بحالته على نوع المشكلة أو الاضطراب الذى يعانى منه، وقد يقتصر الاستبصار على معرفة المريض لإمكاناته أو اتجاهاته نحو موقف أو مشكلة خاصة. وقد يكون الاستبصار أعمق من ذلك فيؤدى إلى إعادة تنظيم الشخصية بسماتها وأبعادها وتغيير نمط حياة المريض.

ولكى يقوم المعالج بدوره فى إجراء الاستبصار لدى المريض، عليه أن يكون مثله كمثل المرآة ليرى المريض نفسه بطريقة أوضح وبدرجة أفضل . (سعد جلال، ١٩٦٦).

التعلم : Learning

يكتسب المريض سلوكه المرضى عن طريق مروره بخبرات نفسية شخصية واجتماعية وانفعالية أليمة. ويمكن علاج هذا عن طريق تعرضه لخبرات جديدة، أثناء العملية العلاجية وذلك عن طريق المحاولة والخطأ أو الأسلوب الشرطى فى التعلم.

ويقوم المعالج بتهيئة المناخ النفسى الآمن الذى تتم فيه عملية التعلم وإعادة التعلم من جديد وانتقال أثر التعلم إلى مواقف الحياة العامة عن طريق تعميم الخبرات الجديدة.

وهكذا تعتبر عملية العلاج النفسى عملية تعلم وتغير سلوك نتيجة للخبرة والممارسة. ومن فوائد التعلم فى عملية العلاج النفسى تعلم المريض مهارات سلوكية توافقية.

تعديل السلوك : Behaviour Modification

وهذا يتضمن محو تعلم السلوك الخاطئ غير السوى أو غير المتوافق أو المضطرب أو الغريب أو الشاذ، والعمل على إطفائه والتخلص منه وتعديله إلى الأفضل والأحسن والسوى والعادى.

ويتطلب تعديل السلوك تحديد السلوك المطلوب تعديله والظروف التى يحدث فيها هذا السلوك والعوامل المسئولة عنه، وإعداد خطة للتعديل، وتهيئة الظروف البيئية، والعمل لتحقيق السلوك المعدل المطلوب.

ومن فوائد عملية تعديل السلوك: تعديل وتصحيح مفهوم الذات لدى المريض، وتعديل انفعالاته المضطربة، وأفكاره ومعتقداته الخاطئة، واتجاهاته السالبة نحو نفسه ونحو الآخرين.

تغير الشخصية:

يتناول تغير الشخصية البناء الوظيفى والدينامى للشخصية، بهدف تحقيق النمو السليم والتكامل والتوازن والنضج. ويتضمن تحقيق تغير الشخصية تحسين العوامل التى تؤثر فيها وضبطها.

ويلاحظ أن تغير شخصية المريض أمر خطير ويحتاج إلى خبرة ويقتصر إجراؤه على المعالجين النفسيين المختصين ذوى الخبرة الطويلة والحاصلين على أعلى المؤهلات العلمية فى العلاج النفسى . (حامد زهران، ١٩٩٨).

التقييم: Evaluation

الهدف من عملية التقييم هو الوصول إلى تقدير كيفى لقيمة عملية العلاج النفسى أكثر من مجرد تقييم كيفى لما يحدث من تغيير نتيجة لها.

ويشترك المعالج النفسى والمريض فى تقييم عملية العلاج النفسى، ويتضمن ذلك ظروف عملية العلاج وإجراءاتها وجهود كل من المعالج والمريض.

وهناك طرق ووسائل عديدة لتقييم عملية العلاج منها : التقارير الذاتية، وقوائم المراجعة، ومقاييس التقدير، واختبارات التشخيص النفسى، وملاحظة السلوك.

الإنهاء:

عندما يتم تقييم عملية العلاج فى ضوء أهدافها ونتائجها، وعندما يتم التأكد من نجاحها، وشفاء المريض، يجب إنهاء العملية العلاجية.

ومن علامات شفاء المريض- والتى تشير إلى إنهاء عملية العلاج، القدرة على التوافق النفسى والاجتماعى والانفعالى والمهنى، ومواجهة ما يستجد من مشكلات فى الحياة اليومية، والقدرة على حلها مستقلاً عن طريق انتقال أثر التدريب أثناء العملية العلاجية.

ويحتاج إنهاء العلاج إلى مهارة مهنية من جانب المعالج، بحيث لا يكون هذا الإنهاء مفاجئًا أو متسرعًا، ولكن يكون متدرجًا.

وهكذا يتحدد إنهاء عملية العلاج النفسى بتحقيق أهدافها، وشعور الفرد بقدرته على الاستقلال، والثقة بالنفس، والقدرة على حل مشكلاته مستقلا مستقبلاً.

المتابعة : Follow -Up

يقصد بها تتبع مدى تقدم وتحسن حالة المريض الذى تم علاجه بعد إنهاء عملية العلاج النفسى. وبعد تحقيق الأهداف وتحقيق الشفاء، يجب إجراء المتابعة بانتظام واستمرار، وتحديد نسبة الشفاء، ومدى الاستفادة من الخبرات العلاجية .

ومن ضروريات المتابعة أن المريض قد يحتاج إلى مزيد من المساعدة والتشجيع من وقت لآخر. فقد تحدث نكسة وخاصة فى الحالات التى يكون فيها حل المشكلة أو الشفاء ظاهريًا، والحالات التى يطرأ فى المجال البيئى ما يسبب ظهور المرض من جديد.

ولكى تتم المتابعة، يجب أن يترك المريض عنوانه ورقم تليفونه إن وجد.

مشكلات العلاج النفسى:

قد توجد بعض المشكلات التى قد تعوق نجاح عملية العلاج النفسى. ومن أمثلة هذه المشكلات: وسائل الإحالة الإجبارية، واتجاهات الوالدين وأولياء الأمور السالبة، والمفاهيم الخاطئة لدى المريض عن العلاج النفسى، ونقص القدرة العقلية العامة له، وصغر سنه أو كبره، والإصرار على الدواء، وبعد مكان العلاج، وعدم مناسبة مواعيده، وارتفاع تكاليفه، ومضاعفات العلاج النفسى غير الناجح.

العيادة النفسية:

جاءت نشأة العيادات النفسية استجابة لزيادة الاهتمام بالأطفال المتخلفين عقليًا والمضطربين انفعاليًا. وعلى الرغم من أن هذه العيادات كانت فى البداية تتناول مشكلات الطفولة، إلا أن الاهتمام الذى وجه إلى مشكلات سوء التوافق لدى الراشدين يمثل تطوراً ملحوظًا فى العيادات النفسية الحديثة التى تعتمد على الوسائل العلمية الحديثة فى عمليات الفحص والتشخيص والعلاج.

وكثرت العيادات النفسية وتعددت مهامها حتى أصبحت ضرورة ملحة تحتمها ضغوط الحياة الحديثة.

وفى العيادة النفسية تجرى عملية الفحص والتشخيص والعلاج النفسى، ولابد أن تكون العيادة مهيأة لذلك من حيث توافر الإمكانات ومناسبة المكان.

ومن العيادات النفسية ما يتبع كليات أكاديمية مثل كليات التربية وكليات الطب والمستشفيات العامة، ومنها العيادات الخاصة التابعة لبعض المعالجين النفسيين أو الأطباء النفسيين.

ويتكون فريق العيادة النفسية من المعالجين النفسيين والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين والأطباء والمرشدين النفسيين والممرضين والعاملين الذين يعملون فى شكل فريق متكامل متعاون فى عملية العلاج النفسى، حيث تطبق طرق وأساليب متنوعة من العلاج، مثل العلاج الجماعى والسلوكى والتحليل النفسى والعلاج باللعب والإرشاد النفسى ... إلخ. (عبد العزيز القوصى، ١٩٦٦، محمد خليفة بركات، ١٩٧٨، أنطونى ستور، ١٩٩١).

مضاعفات العلاج النفسى غير الناجح:

العلاج النفسى - مثله مثل أى علاج آخر - قد يتم بنجاح وقد يفشل،

فيكون لـه فوائده فى حالة الـنجاح أو مضاعفـاته فى حالة الفـشل. وتحدث المضـاعفات إذا مـا قام بالـعلاج غيـر مخـتص أو قلـيل الخبـرة، أو إذا كان المريض غير مقبل أو غير متقبل، أو إذا انقطع عن عملية العلاج.

ومن بين مضاعفات العلاج النفسى الناقص أو غير الناجح: تطور وزيادة الأعراض لـدى المريض، ويـأسه من الـشفـاء أو الإقدام علـى الانتحـار فى بعض حالات الاكتـئاب مثلاً، وخلط العلاقة المـهنية بالعلاقة الشـخصية مما يعوق سير العملية العلاجية.

دور المعالج النفسى:

يقوم المعالج النفسى بإجراء الاختبـارات والفحوص والتشخيص والتنبؤ والاستشارة العلاجـية ووضع الخطة العلاجية وممارسة العـلاج، متعاونًا مع بعض زملائه أعضاء فريق العلاج.

ويستخدم المعالج النفسى الأسس والفنيات والطرق والإجراءات النفسية فى تعاون مع زملائه أعضاء فريق العلاج كل فى اختصاصه.

ويجب أن يتمتع المعالج النفسى بخصائص من أهمها:

* الاهتـمام والـرغبة فـى معـاونة المريـض ومسـاعدتـه فى حل مـشكـلاته والتخلص من اضطراباته.
* القدرة على إقامة علاقة مهنية ناجحة مع مرضاه.
* القدرة على الاستبصار بدوافعه ورغباته ومشاعره وحاجاته.
* الحساسية المناسبة لتنوع دوافع سلوك الآخرين.
* ضبط النفس والثبات بالنسبة لمواقف العلاج النفسى.
* تحمل المسئولية المهنية والاجتماعية والالتزام بأخلاقيات المهنة.
* الإخلاص فى العمل وبذل أقصى الجهد فى عملية العلاج.

(أحمد عبد العزيز سلامة، ١٩٧٩، نعيم الرفاعى، ١٩٩٤).

ويذكر رشدى فام (١٩٩٨) عشر خصائص أساسية يجب أن تتوافر فى المعالج النفسى وهى: عشق العمل فى مجال العلاج النفسى، والحس الكلينيكى، والفطنة إلى حتمية الذاتية، والتواضع، والاستماع بأذن ثالثة، وتوافر الذكاء المتقد، والانشغال بمشكلة المريض، والاستماع الجيد، وقلة الكلام، والاعتراف بأى خطأ يقع فيه.

وتؤكد البحوث والدراسات ضرورة وأهمية التدريب على عملية العلاج النفسى قبل ممارسته، مع التأكيد على مهارات التدخل النفسى التربوى Psycho - educational Intervention. ويلفت الباحثون النظر إلى أهمية الطموح المهنى والميل العلمى والعملى بالنسبة للمعالج النفسى، وينظرون إليه كعالم - ممارس Scientist - Practitioner. ويؤكد الباحثون كذلك أهمية متابعة الجديد فى علم النفس العلاجى، وأهمية التدريب المستمر واكتساب الخبرة العملية. (كريستوفر ريكويرو Recupero، ١٩٩٦).

وتشير شيريل جونز Jones (١٩٩٦) إلى أهمية تدريب المعالج النفسى على تصميم برامج المساعدة العلاجية فى مواقف علاج حقيقية.

وتشير إلين جوليهير Golliher (١٩٩٥) إلى أهمية الرضا المهنى لدى المعالج النفسي. وتقول إنه كلما زادت الخبرة العلاجية كلما انخفض التوتر وكلما زادت إمكانات التدخل العلاجى الموفق.

مجالات عمل المعالج النفسى:

تتعدد مجالات عمل المعالج النفسى على النحو التالى:

* العمل فى العيادات النفسية ومستشفيات الأمراض العقلية حيث يقوم بالفحص والتشخيص والعلاج بالتعاون مع فريق العلاج.

* العمل فى مراكز التوجيه والإرشاد النفسى، وذلك فى مجالات الإرشاد العلاجى والتربوى والمهنى والزواجى والأسرى وإرشاد ذوى الاحتياجات الخاصة.
* العمل فى المؤسسات الإصلاحية وذلك بدراسة حالات الجانحين وإجراء المقابلات التشخيصية والعلاجية والعمل على إعادة توافقهم النفسى.
* العمل فى المصانع ومؤسسات الإنتاج حيث يقوم بدراسة الظروف المادية داخل ميدان العمل وما لها من آثار مادية على العامل والإنتاج من حيث التعب والملل والتعرض للحوادث والتمارض.
* العمل فى المؤسسات التابعة للجيش والشرطة، ومراكز الشباب.

(فيصل عباس، ١٩٨٣ ، كمال إبراهيم مرسى، ١٩٨٨).

أخلاقيات العلاج النفسى:

الوعى بأخلاقيات العلاج النفسى أمر فى غاية الأهمية بدءاً من الإعداد المهنى مرورا بالممارسة تحت التدريب وصولا إلى الخبرة العلاجية. (كارول فانيك Vanek، ١٩٩٥).

وتؤكد باربارا فلاىFly (١٩٩٦) على أهمية أخلاقيات العلاج النفسى، وتقول إن من لايتمسك بهذه الأخلاقيات لاينبغى أن يعمل فى العلاج النفسى.

ومن أهم أخلاقيات العلاج النفسى ما يلى:

* **سرية البيانات والمعلومات**: وتعتبر من أهم الأمور التى يجب أن يؤكد عليها المعالج للمريض ويلتزم بها، فالمريض قد يبوح للمعالج بأهم أسراره وخباياه، وقد يكون ذلك أمرًا يدينه قانونًا، لذلك يجب أن يتأكد المريض من أن كل ما يقوله من أسرار يكون محاطًا بسرية مطلقة.
* **العلاقة المهنية**: يجب أن تكون العلاقة المهنية بين المعالج والمريض محددة

ومحكومة بالمعايير الاجتماعية والقيم الأخلاقية حتى يكون المعالج مثالاً يحتذى به المريض فى علاقاته مع الآخرين.

* **الترخيص**: يجب أن يحصل المعالج على ترخيص بالعلاج النفسى من الجهات الرسمية بعد التأكد من مؤهلاته العلمية وخبراته العلاجية، وأداء قسم المهنة.

* **العمل كفريق**: يجب التعاون والتكامل فى عملية العلاج النفسى بين المعالج وزملائه أعضاء فريق العلاج.

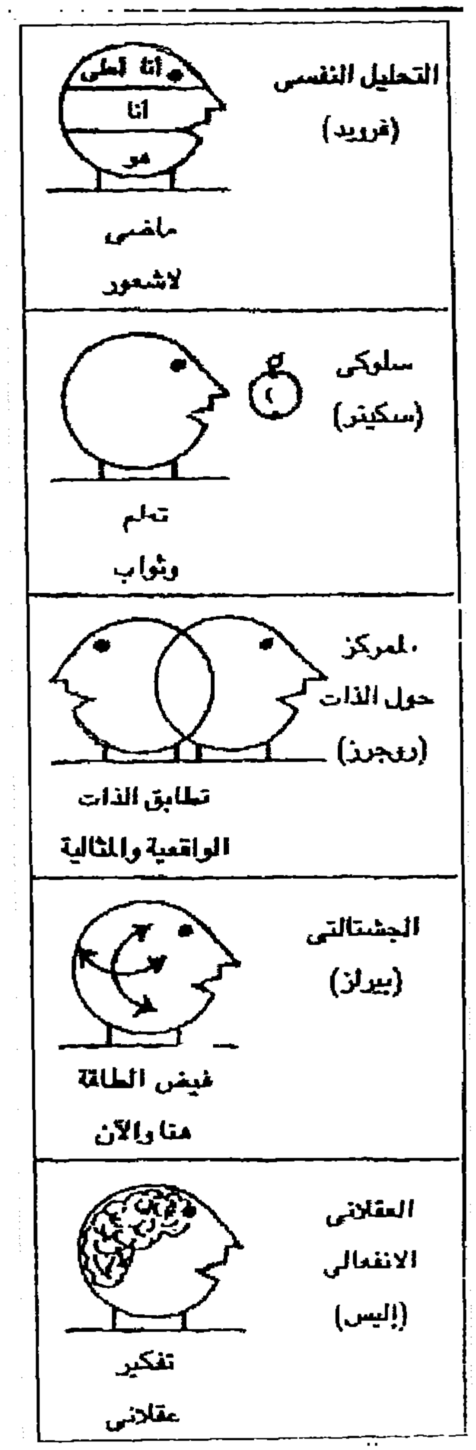
* **إحالة المريض**: يجب إحالة المريض إلى معالج آخر إذا وجد المعالج النفسى أن الحالة فى حاجة إلى تخصص آخر.

* **التكاليف** : يجب ألا تتحكم التكاليف فى عملية العلاج النفسى، وألا يرتبط عطاء المعالج بالقدر الذى يدفعه المريض.

(حامد زهران، ١٩٩٧).

الباب الثاني :
طرق العلاج النفسى

- تعدد طرق العلاج النفسى
- التحليل النفسى
- العلاج السلوكى
- العلاج النفسى الجماعى
- العلاج الاجتماعى
- العلاج باللعب
- العلاج بالعمل
- الإرشاد العلاجى
- العلاج العقلانى الانفعالى
- العلاج بالواقع
- العلاج بالقراءة
- العلاج الجشتالتى
- العلاج بتحقيق الذات
- العلاج النفسى بالفن
- العلاج النفسى الدينى
- الطرق التوفيقية والتركيبية



شكل (١٧) نظرات مختلفة إلى الفرد

الفصل العاشر
تعدد طرق العلاج النفسى

تتعدد طرق العلاج النفسى وتتعدد أبعاده حسب تعدد مدارسه ونظرياته. ومهما تعددت أبعاد العلاج النفسى، ومهما اختلفت طرقه، فإنها جميعًا تتكامل وتسعى إلى تحقيق أهداف العلاج النفسى، والفرق بينها جميعًا هو فرق فى الدرجة وليس فى النوع.

تعدد أبعاد العلاج النفسى:

تتعدد أبعاد العلاج النفسى، وكل بعد له طرفين، ويتضمن طريقة أو أكثر من طرق العلاج النفسى أو أسلوبًا أو أكثر من أساليبه.

وفيما يلى أهم أبعاد العلاج النفسى:

* **العلاج الفردى، والعلاج الجماعى**: العلاج الفردى هو علاج حالة فردية، وتلعب العلاقة المباشرة بين المعالج والمريض دوراً رئيسياً فى عملية العلاج. أما العلاج الجماعى، فهو علاج مجموعة من الحالات المتشابهة فى المرض أو الاضطراب.
* **علاج الأسباب، وعلاج الأعراض**: علاج الأسباب يركز على أسباب المرض أو الاضطراب وعلاجها مما يؤدى إلى اختفاء الأعراض. أما علاج الأعراض، فيركز على أعراض المرض أو الاضطراب دون اهتمام بالأسباب.
* **العلاج المطول، والعلاج المختصر**: العلاج المطول هو العلاج الشامل الذى يهدف إلى إعادة بناء الشخصية ككل متكامل، ويستغرق وقتاً أطول. أما العلاج المختصر، فهو العلاج الذى يحدد هدفًا واحدًا للعلاج، ويتم فى وقت قصير.
* **العلاج السلوكى، والعلاج المعرفى**: العلاج السلوكى يهدف إلى

تغيير السلوك المرضى المكتسب، أما العلاج المعرفى فيركز على تغيير الجوانب المعرفية والعقلية لدى المريض.

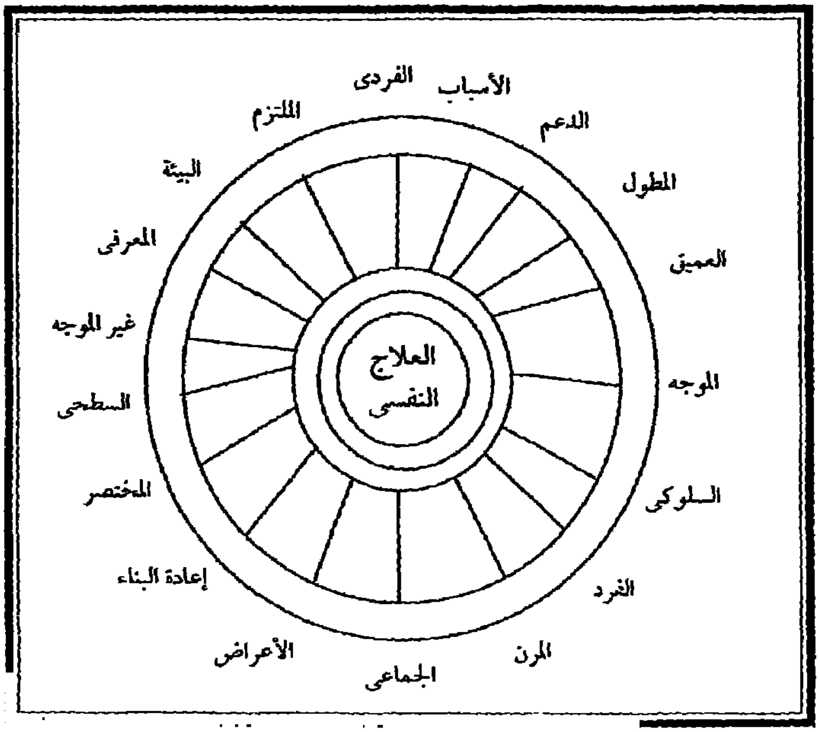
* **العلاج العميق، والعلاج السطحى**: العلاج العميق (أو التحليلى) يهدف إلى اكتشاف المواد المكبوتة لدى المريض وإظهارها حيث تتركز الصراعات حولها. أما العلاج السطحى، فيهدف إلى إعادة الثقة وطمأنة المريض ومساندته، دون الدخول إلى أعماقه وصراعاته.

* **العلاج الموجه، والعلاج غير الموجه**: العلاج الموجه يقوم فيه المعالج بدور فعّال ونشط فى كشف صراعات المريض وتوجيهه نحو السلوك الموجب المخطط ليؤثر فى الشخصية. أما العلاج غير الموجه، فيكون المعالج فيه أقل إيجابية، ويقتصر دوره على تهيئة المناخ العلاجى الذى تسوده المودة والتسامح حتى يشعر المريض بالأمن والتقبل فيخرج كل ما لديه من أفكار ومشاعر وأسرار خاصة دون خجل، ويكون المعالج كمرآة عاكسة لمشاعر واتجاهات المريض، وبذلك تتضح شخصيته ويزداد استبصاره.

* **علاج الفرد، وعلاج البيئة**: علاج الفرد يهتم أساسًا بعلاج المريض ومساعدته لحل مشكلاته وتحقيق مستوى أفضل من التوافق النفسى، ولا يهتم بربط العلاج بمواقف حياة المريض أو بيئته الخارجية. أما علاج البيئة، فيتضمن إحداث تغيرات فى البيئة التى يعيش فيها المريض، ويدخل فى تخطيط علاجه أدوار كل من المعالجين وأفراد الأسرة والمخالطين.

* **العلاج المرن، والعلاج الملتزم**: العلاج المرن يتم فيه الاختيار بين طرق العلاج النفسى المختلفة بمرونة وانتقاء، أو توليف الطريقة المناسبة للحالة واستخدامها. أما العلاج الملتزم، فهو اتباع طريقة محددة من طرق العلاج النفسى، والالتزام بها، وعدم الحياد عنها (انظر شكل ١٨) .

(عبد الستار إبراهيم، ١٩٨٣، حامد زهران، ١٩٩٧).



شكل (١٨) أبعاد العلاج النفسى

الاختلافات بين طرق العلاج النفسي:

توجد اختلافات بين طرق العلاج النفسي، وذلك حسب النظرية التى تقوم على أساسها كل طريقة، والخلفية العلمية لكل معالج - ومن الاختلافات بين الطرق ما يلى:

* **الاختلاف بين مدارس العلاج النفسي**: ويرجع هذا إلى اختلاف وجهات نظر أصحاب النظريات من حيث ثقافاتهم ودراساتهم ودياناتهم.
* **اختلاف مفهوم العلاج النفسي وطبيعته**: ويرجع ذلك إلى أن لكل مدرسة مفهوم خاص للعلاج فى ضوء نظرية معينة.

* **تعدد أبعاد العلاج :** ومنها الموجه وغير الموجه، والمطول والمختصر، والسطحي والعميق، والمرن والملتزم، والفردى والجماعى ... إلخ.

* **اختلاف الخلفية العلمية والمهنية للمعالج:** حيث أن العملية العلاجية تعتمد على العلاقة المهنية بين المعالج النفسى والمريض، وتتأثر بالخلفية العلمية والمهنية للمعالج.

* **اختلاف نوعية الاضطرابات النفسية:** فمشكلات الأطفال تختلف عن مشكلات المراهقين، وعن مشكلات المسنين، والمشكلات الشخصية تختلف عن المشكلات الزواجية والأسرية ، والمشكلات السلوكية فى الحياة اليومية تختلف عن الأمراض العصابية. وتتطلب هذه المشكلات وتلك الأمراض طرقًا ووسائل مختلفة لحلها وعلاجها.

الفصل الحادى عشر
التحليل النفسى
PSYCHOANALYSIS

تعريفه:

التحليل النفسى نظرية سيكولوجية عن ديناميات الطبيعة الإنسانية وعن بناء الشخصية، وهو منهج بحث لدراسة السلوك الإنسانى. وهو أيضًا طريقة علاج فعالة يتم فيها كشف المواد المكبوتة فى اللاشعور من أحداث وخبرات وذكريات مؤلمة، وانفعالات شديدة وصراعات عنيفة سببت المرض أو الاضطراب النفسى ، واستدراجها من أعماق اللاشعور إلى مجال الشعور، بهدف إحداث تغيير أساسى فى بناء الشخصية.

وهكذا يعتبر التحليل النفسى على المستوى العلمى مجموعة مترابطة من: النظرية والممارسة. ولما كان العلاج النفسى يشكل معالجة تتركز على علاقة شخصية ذات طرفين هما : المعالج والمريض، وأن التحليل النفسى يؤكد على أهمية العلاقة الدينامية بين المعالج والمريض، فالتحليل النفسى يعتبر علاجًا نفسيًا ديناميا عميقًا.

والتحليل النفسى هو أحد أنواع العلاج النفسى وليس هو كل العلاج النفسى، وليس العلاج النفسى مرادفًا للتحليل النفسى.

وهكذا يمكن تعريف التحليل النفسى بأنه عملية علاجية يتم فيها اكتشاف المواد المكبوتة فى اللاشعور، وهى فى جملتها خبرات مؤلمة، ودوافع متصارعة، وصراعات قوية، ويتم تحويلها من اللاشعور، إلى الشعور عن طريق التعبير اللفظى والتداعى الحر وتحليل الأحلام.

(فيصل عباس، ١٩٨٣).



شكل (١٩) سيجموند فرويد



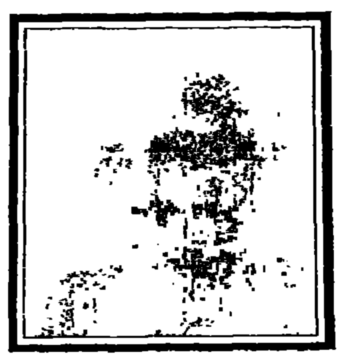
شكل (٢٠) أنّا فرويد



شكل (٢١) كارل يونج



شكل (٢٢) ألفريد آدلر



شكل (٢٣) كارين هورني



شكل (٢٤) أوتو رانك



شكل (٢٥) كارل يونج



شكل (٢٦) هارى ستاك

وهناك اتجاهان رئيسيان فى التحليل النفسى:

* **التحليل النفسى الكلاسيكى** : ورائده سيجموند فرويد Freud.

* **التحليل النفسى الحديث:** وله أكثر من رائد وهم الفرويديون الجدد Neo- Freudians أمثال كارل يونج Jung ، أنا فرويد Anna Freud ، ألفريد آدلرAdler ، كارين هورنىHorney، أوتو رانك Rank، إيريك فرومFromm، هارى ستاك سوليفان Sullivan.

وعلى الرغم من التكامل بين اتجاه التحليل النفس الكلاسيكى والتحليل النفسى الحديث ، فإن بينهما اختلافات تظهر عند مقارنة آراء سجموند فرويد رائد التحليل النفسى الكلاسيكى، ورواد التحليل النفسى الحديث (انظر جدول ١).

جدول (١) مقارنة بين آراء التحليل النفسى الكلاسيكى
(سيجموند فرويد) والتحليل النفسى
الحديث (الفريديون الجدد)

التحليل النفسى الكلاسيكى	التحليل النفسى الحديث
* من مفاهيمه الأساسية الغرائز، والجنسية الطفلية، وعقدة أوديب (إليكترا)، والحتمية البيولوجية، والتركيز على العمليات اللاشعورية.	* من مفاهيمه الأساسية: العوامل الثقافية والنفسية والاجتماعية، وبنية الشخصية، والتكيف والخبرة الشعورية إلى جانب اللاشعورية.
* تطبيقه علاجيًا: معّ المرضى العصابيين الذين يتحلمون المدة الطويلة للتحليل النفسى الكلاسيكى.	* تطبيقه علاجيًا: مع المرضى متنوعى الاضطراب مثل مرضى اضطراب الشخصية والذهان.
* عدد جلسات العلاج: عادة ٤-٥ جلسات أسبوعيًا.	* عدد جلسات العلاج : ٢-٥ جلسات أسبوعيًا.
* يستخدم سرير العلاج.	* يستخدم سرير التحليل أو وجهًا لوجه.
* أهداف العلاج تؤكد إعادة بناء الشخصية.	* أهداف العلاج تؤكد الأداء الوظيفى الحالى إلى جانب إعادة بناء الشخصية.
* أسلوب العلاج يؤكد حياد المحلل.	* المحلل يكون أكثر نشاطًا وتوجيهًا.
* أسلوب العلاج يؤكد على فنيات التداعى الحر، والتفسير، وتحليل التحويل، وتحليل المقاومة.	* أسلوب العلاج يتنوع، وقد يستغنى عن التفسير مع التأكيد على تحليل التحويل.

كذلك توجد فروق بين آراء سيجموند فرويد رائد التحليل النفسى الكلاسيكى، وآراء كل من رواد التحليل النفسى الحديث مثل ألفريد أدلر (على سبيل المثال) (انظر جدول ٢) (ستيفين لين، وجون جارسك Lynn & Garsk، ١٩٨٥).

جدول (٢) مقارنة بين آراء سيجموند فرويد، وألفريد أدلر

سيجموند فرويد	ألفريد أدلر
* الإنسان كائن بيولوجي.	* الإنسان كائن اجتماعى.
* الحاجات البيولوجية هامة.	* الحاجات الاجتماعية هامة.
* الغرائز والدوافع هامة.	* الميل إلى الانضمام إلى جماعة دافع هام.
* الانفعالات لا يسيطر الفرد عليها.	* الانفعات يمكن السيطرة عليها.
* الجنس هام جدا.	* الجنس أقل أهمية.
* الشخصية (الجهاز النفسى) يتكون من الأنا الأعلى والأنا والهو والغرائز.	* الشخصية تكوين كلى لا ينقسم.
* عقدة أوديب وعقدة إليكترا عالمية لدى الأطفال.	* عقدة أوديب وعقدة إليكترا ليست بهذه العمومية.
* العلاج طويل الأمد، والعميل مستلق على السرير لا يرى المحلل.	* العلاج مختصر ووجهاً لوجه.

مفاهيم التحليل النفسى:

توجد بعض المفاهيم الخاصة بالتحليل النفسى أهمها:

* **صدمة الميلاد :** وهى الصدمة التى يعيشها الفرد فى طفولته نتيجة انفصاله عن رحم أمه وخروجه منه إلى معاناة فى مراحل النمو المتتالية.

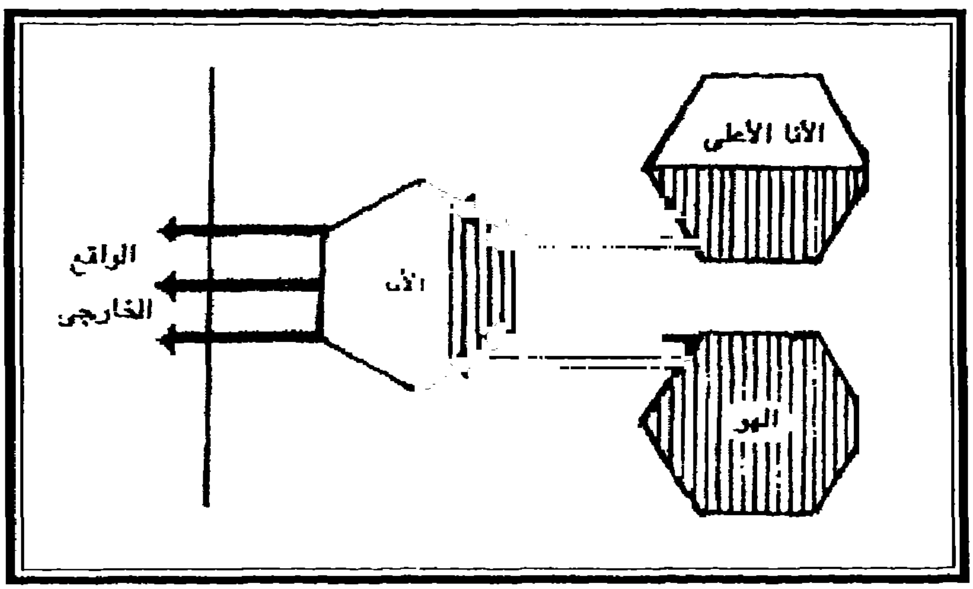
* **عقدة النقص:** ويقصد بها وجود قصور عضوى أو اجتماعى أو اقتصادى يؤثر على الفرد نفسيًا ويجعله يشعر بعدم الأمن والدونية.

* **أسلوب الحياة :** وهو الأسلوب الذى ينمو مع الفرد تدريجيًا والذى يدور حول التفوق وتحقيق الذات. ولكل فرد أسلوب خاص به فى أى منحى من مناحى الحياة سواء العلمية أو الاجتماعية .

* **الغائية :** وهى الهدف الأسمى والأساسى فى حياة الفرد.

* **الإرادة :** وهى القوة المتكاملة للشخصية وقدرة الفرد على اتخاذ القرارات.

* **الجهاز النفسى:** يتكون الجهاز النفسى عند سيجموند فرويد من عدة مكونات هى: (انظر شكل ٢٧).



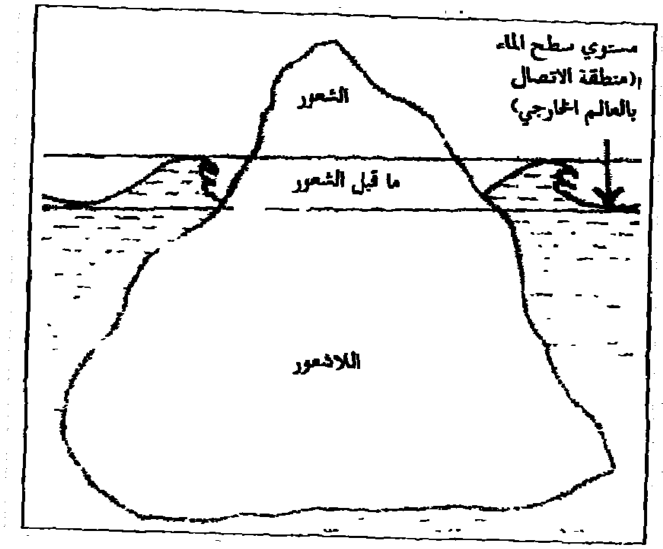
شكل (٢٧) الجهاز النفسى

- **الهو** : Id وهو كل موروث، وهو منبع الطاقة النفسية، وهو طبيعة الإنسان الحيوانية (الدوافع الفطرية والجنسية والعدوانية) وهو جانب لا شعورى عميق.
- **الأنـــا** : Ego وهو مـركز للـشعور والإدراك الحسـى سواء الداخـلى أو الخارجى، وهو الوسيط فى حل الصراع بين الهو وبين الأنا الأعلى .
- **الأنا الأعـلى** : Super - Ego هو ذلك الجزء فى الشخـصية الذى يتكون من : الديـن والعادات والتـقاليد والـعرف والمعايـير الاجتمـاعية والقـيم والحلال والحرام والصواب والخطأ والجائـز والممنوع، وهو لا شعورى ، وهو بمثابة الرقيب أو الضمير بالنسبة للفرد.

* **اللاشـعور** :Unconsciousness تنقسم الحـياة النفسية عنـد فرويد إلى ما هو شعـورى (يعيه الفـرد) وما هو لا شعـورى (لا يعيه الفـرد). وتوجد درجتان من اللاشعـور وهما: ما قبل الشعور، ويتضــمن ما هو كامن ولا شعـورى ولكـنه متـاح الحصول عليـه بالـطرق الـعادية، ومـن الـسهل استـدعاؤه مثل الـذكريات الـشخصيـة للفـرد. أما اللاشـعور (العمـيق) فيتضمن الأمور أو الخـبرات المكبوتة التى يتطلب إخـراجها إلى الشعور جهداً تحليليًـا خاصًا لما يحتويه من خبرات غير مرغـوبة أو مؤلمة، ويظهر أحيانًا فى الأحلام. (انظر شكل ٢٨).

* **الغرائز**: حدد فرويد غريزتين رئيسيتين هما غريزة الحياة ، وغريزة الموت. وركز تركيزاً خاصًا عـلى الغريزة الجنسية إذ اعتبرها مـصدراً رئيسيًا من مصـادر الأمراض الـنفسـية فـى حالة عـدم إشبـاعها. وقـد عدلّ فـرويد مصطلح الغريزة الجنسـية إلى لفظ الليبيدو Libido أى الطاقة الجـنسية. وتمر الغريزة الجنسية فى نموها فى مراحل على النحو التالى:

- **المرحـلة الـفمـية** : وتكون فـى العام الأول من حياة الـفرد حيث يسـتمد الطفل اللذة عن طريق الفم.



شكل (٢٨) تصور التحليل النفسى للجهاز النفسى

- **المرحلة الشرجية**، وتستمر للعام الثانى من حياة الطفل حيث يكون قد تم فطامه، ويمر بعمليات التدريب على عادات النظافة وضبط الإخراج.
- **المرحلة القضيبية** : وتبدأ من العام الرابع حتى السادس حيث تصبح أعضاء التناسل منطقة مولدة للذة.
- **مرحلة الكمون** : وتبدأ من العام السادس وتستمر حتى بداية المراهقة.
- **المرحلة التناسلية**: وتبدأ مع بداية البلوغ الجنسى وإمكان التزاوج والتناسل بين الجنسين.

المرض من منظور التحليل النفسى:

الصراع: Conflict وهو مفهوم أساسى فى التحليل النفسى، ويتطلب من الفرد القدرة على حله والتوفيق بين مطالب الهو ومطالب الأنا الأعلى عن طريق مسايرته للدين وللمعايير الاجتماعية والعادات والتقاليد، وهذا بدوره يؤدى - فى حالة الإخفاق - إلى ظهور بعض الأمراض مثل العصاب والقلق.

العصاب: Neurosis يعرف العصاب بأنه : حل مرضى للصراع

الأوديبى يصل إليه الأنا الذى يستخدم الدفاعات ضد القلق والذنب الناتجان عن التوتر بين الأنا والهو ، أوالأنا الأعلى والهو ، أو الأنا الأعلى والأنا. ويقول فرويد إن العصاب يرجع إلى عوامل حيوية ، وأن القلق مركز العصاب ومحوره، وأن عقدة أوديب هى نواته ومنشؤه.

القلق: Anxiety يقول فرويد إنه توجد علاقة وثيقة بين القلق والكبت الجنسى ، وبين الحرمان والتهديد بالخصاء الذى يثير القلق فى المرحلة القضيبية.

الذهان: Psychosis اعتبر فرويد الذهان الصورة الخطيرة فى اضطراب سلوك الإنسان حيث تظهر تغيرات فى إدراك الواقع والانفصال عنه، وقد اعتبر الذهان دفاعًا يقوم به الفرد ضد إحباط أوقعه الواقع فيه، ويعتبر النكوص، والتثبيت فى الذهان أشد وأعمق منه فى العصاب.

فنيات التحليل النفسى:

للتحليل النفسى فنيات عديدة منها:

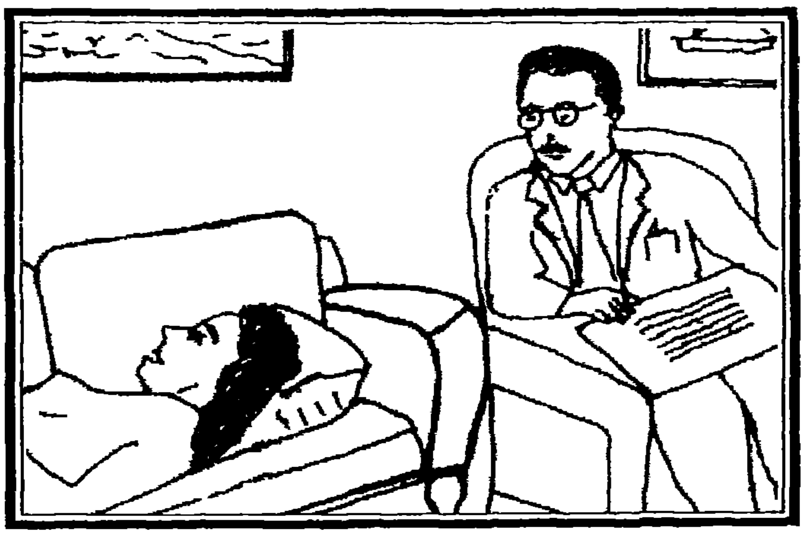
البداية:

يعطى للمريض بعض المعلومات الأساسية عن عملية التحليل مثل الجلسات والوقت ووسائل التحليل وأهدافه ، ومدة الجلسات (عادة ٤٥ دقيقة لكل جلسة) ، وعدد الجلسات (حوالى جلسة واحدة إلى ثلاث جلسات فى الأسبوع). ويعرف المريض أن التحليل النفسى يستغرق وقتًا طويلاً قد يصل إلى أكثر من عامين، لأن اضطراب التركيب النفسى الذى ظل ثابتًا طوال بضع سنوات لا يحتمل أن يتم شفاؤه بسرعة فى بضع جلسات.

وترتبط الصورة الكلاسيكية للتحليل النفسى باستخدام سرير التحليل. ويطلب من المريض الاستلقاء عليه بعيداً عن المؤثرات الخارجية.ويجلس

المعالج خلفه وبعيداً عن أنظاره حتى لا يتأثر المريض بتعبيرات وجهه. (انظر شكل٢٩) .

أما الفرويديون الجدد أمثال كارين هورنى وهارى ستاك سوليفان، فهما أكثر مرونة حيث يبحثون التحليل وجهًا لوجه ، وهذا يفيد المريض الذى يود أن يلاحظ ردود فعل المعالج ، وخاصة أن المريض يتلمس موافقة المعالج ويريد أن يشعر أنه قريب منه.



شكل (٢٩) التحليل النفسى

العلاقة العلاجية الدينامية:

يهتم التحليل النفسى بالعلاقة العلاجية الدينامية بين المعالج والمريض. ويهتم بمبدأ التقبل - أى تقبل المعالج للمريض. وفى العلاقة العلاجية ، يجب أن تكون اتجاهات المحلل النفسى متناسبة مع اتجاهات المريض، وألا يركز المحلل تركيزاً زائداً على كل شيء، وألا يوجه نقداً إلى المريض، ولا يقوم بدور الرقيب. ويرى فرويد أن على المحلل النفسى أن يضع مشاعره

جانبا وأن يهتم بإجراء عملية التحليل بأقصى قدر ممكن من المهارة. ويرى سوليفان أن صفة الذكاء وسرعة البديهة والمرح تعطى دفعة قوية فى عملية التحليل نحو النجاح.

ويتمثل الهدف العام من العلاج في تكوين علاقات اجتماعية سليمة، ومساعدة المريض على تحقيق ذاته، وتكوين علاقات طيبة ومرنة مع الآخرين، وقدرته على الاستقلال الذاتى، والعمل الإيجابى وتحمل المسئولية.

وجدير بالذكر أن الوظيفة الأساسية للمحلل النفسى هى تهيئة الأمن النفسى هى تهيئة الأمن النفسى الذى ييسر استكشاف شخصية المريض. (تيموثى رايت Wright ، ١٩٩٦).

التداعى الحر: Free Association

وهو أن يطلب من المريض أن يطلق العنان لأفكاره وخواطره واتجاهاته وصراعاته ومشاعره تلقائيا دون توجيه من المعالج، ودون قيد أو شرط، سواء كانت هامة أو تافهة وحتى إذا كانت محرجة أو مخجلة، مع ملاحظة الانفعالات والحركات التى قد يقوم بها المريض أثناء عملية التداعى، والاهتمام بزلات اللسان وهفوات القلم.

التنفيس الانفعالي: Catharsis

وهو تشجيع المريض على تذكر الخبرات الأليمة والصدمات والإحباطات والحوادث الماضية واسترجاع ما قد مر به من الذكريات والصراعات الانفعالية، حتى يتخلص من الشحنات الانفعالية الضارة.

تحليل التحويل: Transference Analysis

ويعرف أيضا باسم «الطرح». وهو تحويل المشاعر والانفعالات التى يكنها المريض فى واقع الحياة لشخص أو لأشخاص آخرين، ويسقطها أو يطرحها على المحلل. والتحويل يعكس عناصر من المرض النفسى.

ويوجد أنواع من التحويل هى:

* **التحويل الإيجابى:** وهو استبدال العلاقة العلاجية بعلاقة عاطفية موجبة نحو المعالج.
* **التحويل السلبى:** وهو عبارة عن علاقة عدوانية أو رافضة يحولها المريض تجاه المعالج.
* **التحويل المختلط:** وهو يجمع بين التحويل الموجب والتحويل السالب، وذلك حسب حالة المريض الانفعالية.

ومن الضرورى «تحليل التحويل» أى تحرير المريض من التحويل بأن يفسره المعالج له ويبين له سببه وأن يسيطر عليه.

(مورجان ومورجان Morgan & Morgan، ١٩٨٤).

يؤكد لافيرن زيجينفوس Ziegenfuss (١٩٩٦) على أهمية تحليل التحويل من خلال التفاعل العلاجى الانفعالى بين المحلل والمريض.

تحليل المقاومة: Resistance Analysis

المقاومة هى استخدام المريض للدفاعات فى عملية العلاج النفسى مما يؤثر على سير عملية التحليل.

ووظيفة المقاومة هى حماية الشخص لنفسه من مواجهة الخبرات المؤلمة ومشاعر الذنب والقلق وبعض الخبرات الموجودة فى مفهوم الذات الخاص التى غالبا ما تكون خبرات شخصية أليمة ومحرجة ومخجلة.

والمقاومة سلوك سلبى تجاه عملية العلاج أو رغبة مرضية فى المعاناة واستدرار عطف الآخرين. ومن مظاهر المقاومة الامتناع أو الصمت أو عدم الحضور للعلاج.

وهكذا فإن المقاومة تعوق سير عملية التحليل وتعرقلها، وتعتبر قوة مضادة للعلاج. ويلاحظ أن المواد أو الخبرات المؤلمة والأفكار والرغبات والصدمات الانفعالية التى تعترض المقاومة لها دلالة خاصة وارتباط قوى بمشكلات المريض الأساسية.

ويقوم المحلل بتحليل المقاومة، أى مقاومة مقاومة المريض بكسر حدتها وإضعافها والقضاء عليها ولفت نظر المريض إليها وتفسيرها وتحويلها إلى تعاون.

تفسير الأحلام: Dream Interpretation

يقول سيجموند فرويد إن الحلم هو الطريق السلطانى إلى اللاشعور، ويقول أيضا إن الحلم هو حارس النوم. فالأنا النائم شديد الرغبة فى الإبقاء على النوم وحمايته من الإزعاج. وقد ميز فرويد بين المضمون الصريح والمضمون الكامن للحلم. فالمضمون الصريح أو المحتوى الظاهرى للحلم هو ما يرويه الشخص (ويرتبط عادة بذكريات يوم الحلم وبالخبرات السابقة وعادة ما يكون سارا). أما المضمون الكامن أو المحتوى الباطنى للحلم فهو ما يحاول المعالج أن يصل إليه أثناء عملية التحليل النفسى، وعادة ما يكون مؤلما ومشوشا وغير مفهوم ولا معنى له أو مناقضا للواقع.

ويطلق على العملية التى تحول المحتوى الباطنى المؤلم إلى محتوى ظاهرى سار «عملية إخراج الحلم». إن الحلم الذى يرويه الفرد بعد اليقظة ليس هو الحلم الحقيقى. ولكن إخراج الحلم يتضمن إضافة المحتوى الظاهرى إلى المحتوى الحقيقى مع حذف أو تحريف المحتوى الباطنى. ومن وسائل إخراج الحلم ما يلى:

* **التكثيف:** أى تكوين وحدات جديدة من عناصر منفصلة بعضها عن بعض.
* **الحذف:** أى حذف بعض العناصر المعيبة.
* **الإدماج:** أى إدماج العناصر المتشابهة معا فى بعض الصفات.
* **النقل:** أى نقل السمات الانفعالية من شخص لآخر، أو نقل التأكيد من عناصر مختلفة.
* **الإخراج المسرحى:** أى تحويل الأفكار إلى صور ذهنية بصرية كما لو كانت فيلما متحركا.

* **التعبير الرمزى:** أى ظهور الموضوعات والمواقف فى صور رمزية لاتسبب الانفعال والألم الشديد.
* **الصياغة الثانوية:** وهى إعادة تنظيم أجزاء الحلم وتحريفه وإضافة وحذف بعض العناصر، وذلك لسد ما به من ثغرات، حتى يكون الحلم مقبولا ومنطقيا.

هذا ولأقطاب مدرسة التحليل النفسى إضافات على ما سبق. فيرى كارل يونج الحلم على أنه تعبير لا إرادى لعملية نفسية تخضع لضبط الشعور، وتعبر عن الحالة الذاتية للمريض فى واقعه. وتتبع يونج فى تحليله للحلم مستويين أولهما مستوى الموضوع وثانيهما مستوى الشخص. وترى كارين هورنى أن الأحلام تزيد البصيرة حول الحالة وتكشف عن اتجاهات المريض نحو من حوله، وتهتم بالحلم أيضا من حيث هو منظم أو غير منظم، مختصر أم مفصل، ثابت أم متحرك، نادر أم مكرر. وهى أيضا تستشف من الحلم اتجاهات وصراعات وحلول وعلاقات المريض بالآخرين. ويؤكد إيريك فروم أن الأحلام تعكس العناصر المعقولة وغير المعقولة من الشخصية.

ويعتبر تحليل الحلم وسيلة مساعدة فى عملية التداعى الحر،حيث يستخدم المعالج المواد التى وردت فى الحلم وسيلة لاستدعاء نقاط قد تكون غامضة فى حياة المريض.

ويحاول المحلل النفسى أن يدرك معنى الحلم فى سياق العملية العلاجية ونسبته إلى معايير الموقف العلاجى والحالة الجسمية، والحاضر والطفولة والمطامح والآمال.

وبعد ذلك تأتى عملية تفسير الحلم نتيجة تكامل المعلومات والخبرات التى جمعها المحلل. وقد تظهر بعض المشكلات التى قد تساعد فى ظهور بعض الجوانب الغامضة من حياة المريض.

التعلم واكتساب العادات:

التعلم واكتساب العادات خطوة هامة وضرورية فى التحليل النفسى.

ويرى علماء التحليل النفسى الكلاسيكى والحديث أن التحليل عبارة عن إعادة تعلم وتوجيه وإعادة تربية وتعلم للخبرات السلوكية الجديدة، وتنظيم الأنماط السلوكية واكتساب العادات السليمة الواقعية التوافقية.

دور المحلل النفسى:

يراقب المحلل النفسى مريضه لفترة طويلة ويستمع إليه ويناقشه فى أحداث ماضيه وحاضره وحياته وأحلامه حتى يكشف المشكلات اللاشعورية الخفية لديه، وتظهر على السطح ويتعامل معها فى الحاضر. ويقوم المحلل النفسى بدور المراقب والمصغى والفاهم. وعليه أن يعرف كيف ومتى يصمت ومتى يتكلم ومتى يعطى التفسير الملائم، فهو بمثابة مرآة تعكس ما يوضع أمامها. وللخبرة والتجربة فى التحليل النفسى تأثير كبير فى تدعيم فكر المحلل. فمن الضروى أن يقوم المحلل النفسى بتجربة تحليل طويل ومتعمق قبل ممارسة التحليل. ويقول فرويد بضرورة خضوع المحلل النفسى لتجربة التحليل النفسى قبل قيامه بالممارسة الفعلية حتى يستطيع أن يحتفظ باستقلاليته وحكمه الموضوعى. (فيصل عباس، ١٩٨٣).

ويستمر التحليل النفسى من خلال فنياته، حتى تتكشف عناصر حياة المريض النفسية وصراعاته اللاشعورية ويتم فهم حالته ونشأة مرضه وتطوره، ومعرفة ما ترمى إليه الأعراض بصورتها الرمزية، ومعرفة حلقة الوصل بين الأسباب والأعراض. وإذا ما انكشفت للمريض تلك الصفحة المطوية من حياته النفسية زاد استبصاره وأعاد تركيب خبراته فى ضوء واقعه وحاضره وتحسنت حالته وتم شفاؤه.

استخدامات التحليل النفسى:

يستخدم التحليل النفسى فى علاج بعض الأمراض، بينما يمنع استخدامه فى علاج أمراض أخرى. فهو يستخدم فى حالات العصاب مثل

الوساوس، والهستيريا، والانحرافات الجنسية، والمخاوف، والقلق. ولايستخدم التحليل النفسى فى حالات الذهان مثل ذهان الهوس والاكتئاب، والسيكوياتية. ولا يستخدم التحليل النفسى كذلك فى حالات الضعف العقلى، وذهان الشيخوخة.

مزايا التحليل النفسى:

يهتم التحليل النفسى بمعالجة الأسباب، ولذلك فهو علاج عميق وثابت. وهو يكشف عن الجوانب اللاشعورية فى الشخصية مما يساعد على النمو الحقيقى للشخص ويعيد الثقة له، ويؤدى إلى تكامل شخصيته وترابطها بدلا من صورتها المرضية المفككة.

عيوب التحليل النفسى:

من عيوب التحليل النفسى، طول مدة العلاج وارتفاع تكاليفه، وانقسام رواده إلى ما هو كلاسيكى وما هو حديث. ولابد من تحليل المعالج قبل أن يمارس التحليل النفسى، وهو يحتاج إلى تدريب عملى طويل وخبرة واسعة.

الفصل الثانى عشر

العلاج السلوكى

BEHVIOUR THERAPY

تعريف العلاج السلوكى:

العلاج السلوكى أسلوب علاجى يعتمد على استخدام قوانين ونظريات التعلم الشرطى، حيث تتم محاولة حل مشكلات واضطرابات السلوك عن طريق تعديل السلوك المرضى للمريض. (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٤).

والمرض النفسى من وجهة نظر المدرسة السلوكية ما هو إلا تجميعات لعادات وسلوك خاطئ مكتسب من البيئة المريضة التى يعيش فيها المريض. وحيث أن هذا السلوك المرضى قد اكتسبه المريض وليس أصلا فيه، فإنه من الميسور محو هذا السلوك الخاطئ وتعلم السلوك السوى من جديد.

الأسس النظرية للعلاج السلوكى:

يرتكز العلاج السلوكى على الإطار النظرى الذى وضعه إيفان بافلوفPavlov، وجون واطسون Watsonوغيرهما فى التعلم الشرطى. ويستفيد العلاج السلوكى من نظريات إدوارد ثورنديكThorndike، وكلارك هلHull، وبوروس سكينرSkinner فى التعزيز وتقرير نتائج التعلم مع استخدام التعزيز الموجب أو السالب أو الثواب أو العقاب.

وينتمى العلاج السلوكى إلى النظرية السلوكية فى الشخصية والتى تقول إن الفرد فى نموه يكتسب السلوك (السوى أو المرضى) عن طريق عملية التعلم.



شكل (٣٠) إيفان بافلوف



شكل (٣١) جون واطسون



شكل (٣٢) إدوارد ثورنديك



شكل (٣٣) كلارك هل

ومن أهم نظريات التعلم التى يرتكز عليها العلاج السلوكى «نظرية التعلم الشرطى»، ومن مفاهيمها ما يلى:

* **الإشراط الكلاسيكى:** وفيه يكون تتابع الأحداث مرتبا بحيث يكون



شكل (٣٤) بوروس سكينر

المثير مقترنا أو سابقا للمثير غير الشرطى الذى يستثير عادة الاستجابة غير الشرطية. وكنتيجة لهذا الاقتران الشرطى يكتسب المثير الشرطى الطاقة على استثارة استجابة شرطية تشبه الاستجابة غير الشرطية. ومن أمثلة التجارب الكلاسيكية تجارب إيفان بافلوف فى التعلم الشرطى على الكلاب، وتجارب جون واطسونWatson ومارى جونزJones على الطفل ألبرت والأرنب فى علاج حالات الخواف، والتى توصلوا من خلالها إلى مبادئ هامة ومفيدة فى العلاج السلوكى، منها أن التعلم الشرطى يفسر مخاوفنا الشاذة، وأن هذه المخاوف يمكن أن تنتقل وتعمم، وأن عملية الإشراط يمكن أن تستخدم للتخلص من الخواف المكتسب المتعلم. ونجحت مارى جونز فى استخدام الإشراط المباشر، وهو ربط موضوع الخوف بمثير يستثير استجابة سارة مثل الحلوى.

* **الإشراط الجهازى:** وهو الذى تستخدم فيه الأجهزة، ويهتم بالتركيز على تعزيز الاستجابة حيث يضبط سلوك الفرد (حدوث أو عدم حدوث المثيرات) التى تعرف باسم المعززات الموجبة أو المعززات السالبة. وفى الإشراط الجهازى تبرز أربع عمليات إشراط تمثل ترتيبا مناسبا لتصنيف العملية المتضمنة فى تكوين السلوك المنحرف والطريقة المستخدمة فى تعديله، وهى: الثواب، والتجنب، والحذف، والعقاب. ويعتمد التصنيف على ما إذا كان سلوك الفرد يؤدى إلى تعزيز موجب أو يتجنب تعزيزا سالبا.

ويتلخص الإطار النظرى للعلاج السلوكى فيما يلى:

* معظم سلوك الإنسان متعلم ومكتسب، والسلوك المضطرب (سواء كان عصابا أو ذهانا) متعلم ومكتسب.

* السلوك المضطرب المتعلم لايختلف من حيث المبادئ عن السلوك العادى المتعلم، إلا أن السلوك المضطرب غير ملائم أو غير متوافق.
* يكتسب السلوك المضطرب نتيجة للتعرض المتكرر للخبرات التى تؤدى إليه، ومن ثم يحدث ارتباط شرطى بين هذه الخبرات وبين السلوك المضطرب.
* تمثل العناصر السلوكية المضطربة نسبة قليلة أو كثيرة من السلوك الكلى للفرد، وهذا يعتمد على دوام وشدة الخبرات التى تؤدى إليه.
* ينظر إلى زملة الأعراض النفسية كتجميع لعادات خاطئة متعلمة.
* يمكن تعديل السلوك المتعلم.
* يوجد لدى الفرد دوافع فسيولوجية أولية هى الأصل والأساس فى سلوكه، وعن طريق التعلم يكتسب الفرد دوافع جديدة ثانوية اجتماعية فى جملتها تمثل أهم حاجاته النفسية، وقد يكون تعلم هذه الدوافع غير سوى ويرتبط بأساليب غير توافقية فى إشباعها، ومن ثم يحتاج إلى تعلم جديد أكثر توافقا، ويتم ذلك عن طريق العلاج السلوكى.

خطوات العلاج السلوكى:

تسير خطوات العلاج السلوكى على النحو التالى:

* **تحديد السلوك المطلوب تعديله أو تغييره:** ويتم ذلك فى المقابلة العلاجية وباستخدام الاختبارات النفسية والتقارير الذاتية، وذلك للوصول إلى تحديد دقيق للسلوك المضطرب الظاهر الذى يلاحظ موضوعيا.
* **تحديد الظروف التى يحدث فيها السلوك المضطرب:** عن طريق الفحص والبحث والتشخيص فى كل الظروف والخبرات التى يحدث فيها السلوك المضطرب وكل ما يرتبط به وما يسبقه من أحداث، وما يتلوه من عواقب.

* **تحديد العوامل المسئولة عن استمرار السلوك المضطرب:** ويتم ذلك بتقدير ما إذا كان سلوك المريض يظهر أنه نتيجة لخوف شرطى بسيط، أو كان يعكس خوفا أساسيا معمما يحدث مواقف مشابهة ولكنها مختلفة. وهذا التحليل يركز على البحث عن الظروف الخارجية السابقة واللاحقة التى تحدد وتوجه السلوك المضطرب.

* **اختيار الظروف التى يمكن أن تعدل أو تغير:** ويتم ذلك باختيار الظروف التى يمكن تعديلها خلال عملية العلاج.

* **إعداد جدول لإعادة التدريب:** وذلك عن طريق تخطيط خبرات متدرجة يتم فيها إعادة التدريب، ويتم خلالها تعريض سلوك المريض بنظام وتدرج للظروف المعدلة، بحيث يتم إنجاز البسيط والقريب قبل المعقد والبعيد، والسهل والممكن قبل الصعب والمستحيل.

* تعديل الظروف السابقة للسلوك المضطرب: ويتضمن ذلك تعديل العلاقات بين الاستجابات وبين المواقف التى تحدث فيها.

* **تعديل الظروف البيئية:** وتوجه الجهود نحو تقليل احتمال حدوث السلوك لأنه غير مرغوب أو غير متوافق أو شاذ. ويكون التركيز على تعديل العلاقات المتبادلة بين الاستجابات ونتائجها التى تؤدى إليها، بهدف زيادة احتمال حدوث السلوك المرغوب فى الظروف التى لايتكرر فيها أو يكون فيها غائبا.

* **إنهاء العلاج:** وذلك عندما يصل سلوك المريض إلى السلوك المعدل المرغوب.

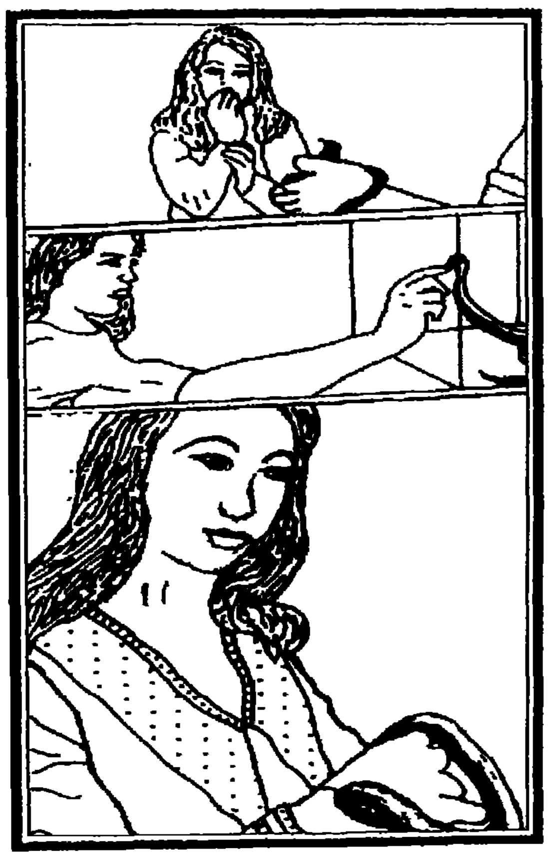
أساليب العلاج السلوكى:

تتعدد أساليب العلاج السلوكى، ومن أهمها مايلى:

التحصين التدريجي: Systematic Desensitization

يعتبر التحصين التدريجي أسلوبا من أساليب العلاج السلوكي الرئيسية، ويتم فى الحالات التى يكون فيها سلوك مثل الخواف قد اكتسب مرتبطا بشئ معين أو حادثة معينة، فتستخدم طريقة التعويد التدريجي المنتظم.

ويتم التعرف على المثيرات التى تستثير استجابات شاذة، ثم يعرّض المريض بالتدريج لهذه المثيرات المحدثة للخوف فى ظروف يشعر فيها بأقل درجة من الخوف، وهو فى حالة استرخاء بحيث لاتنتج الاستجابة الشاذة ويستمر التعرض على مستوى متدرج فى الشدة. فمثلا فى حالة الخواف من حيوان، يكتب عنه المريض، ثم يرسمه، ثم يلعب بنموذج مصنوع من المطاط، ثم يتعرض له حيا عن قرب، ثم يلعب معه فى نهاية العلاج إن أمكن. (انظر شكل ٣٥).



شكل (٣٥) التحصين التدريجي

وقد نجح أسلوب التحصين التدريجي فى علاج حالات الخواف والعنّة (الضعف الجنسى) وخواف الجنس.

ويستخدم البعض أجهزة للتحصين التدريجى الآلي حيث تستخدم شرائط تسجل عليها تعليمات استرخاء وشرح عند سماع أو رؤية فقرات الخوف المتدرجة فى الشدة، تنتقل آليا من فقرة إلى أخرى بعد حدوث الاسترخاء حتى يتم الوصول إلى تعديل سلوك الخواف وزواله. ومن أمثلة هذه الأجهزة، جهاز التحصين التدريجى الآلى الذى ابتكره لانج. (حامد زهران، ١٩٩٧).

النموذج العملى: Modeling



شكل (٣٦) ألبيرت باندورا

ابتكر ألبيرت باندور Bandura النموذج العملى لعلاج الخواف (وخاصة خواف الثعابين) عن طريق عرض نموذج عملى حى (من جانب المعالج) والمشاركة بالتدريج من جانب المريض حتى يزول الخوف بالتدريج. وقد استخدم باندورا أشكالا للنموذج العملى منها:

* استخدام لعب ودمى تمثل مصدر الخوف.
* مشاهدة أفلام لأطفال وكبار يلعبون بالثعابين.
* عرض نموذج عملى حى، حيث يشاهد المريض المعالج من خلال حاجز رؤية من جانب واحد وهو يداعب ثعبانا، يلى ذلك مشاهدة مباشرة متدرجة حتى يستطيع المريض لمس الثعبان فعلا بعد عدة جلسات.

الغمر: Flooding

هذا الأسلوب هو عكس أسلوب التحصين التدريجى، وفيه يتم تقديم المثير (مثير الخوف مثلا)، أو يتم وضع المريض أمام الأمر الواقع فى الخبرة دفعة واحدة على الطبيعة.

وحيث أن أسلوب الغمر يثير التوتر، ويرفع مستوى القلق عند المريض أول الأمر، فقد يستعان بالعلاج الطبى بالعقاقير مثل المهدئات. ويقوم المعالج بالمساندة الانفعالية حتى يزول التوتر أو ينطفئ.

ويستخدم أسلوب الغمر فى علاج المخاوف المرضية بصفة خاصة مثل خواف الأماكن المتسعة والضيقة... إلخ.

(ستفين لين وجون جارسك Lynn & Garske، ١٩٨٥).

الإشراط التجنبى: Avoidance Conditioning

يهدف المعالج فى هذا الأسلوب إلى تعديل سلوك المريض من الإقدام إلى الإحجام والتجنب.

ويستخدم الإشراط التجنبى فى علاج الانحرافات الجنسية والكحولية بصفة خاصة. ففى علاج الكحولية مثلا تستخدم مثيرات منفرة مثل العقاقير المقيئة (المثير غير الشرطى)، حيث ترتبط بانتظام وتكرار مع المثير الموقفى وهو الخمر (المثير الشرطى)، الذى يستثير الاستجابة غير المطلوبة. وعندما يكتسب المثير الشرطى خصائص التنفير وينتج عنه الغثيان أو القئ (الاستجابة الشرطية) يكون قد ثبت الإشراط التجنبى حيث تزداد قوة الارتباط بين المثير والشعور غير السار. وهكذا يتجنب المريض تعاطى الكحول (سبب اللذة والمتعة) ويتعلم استجابة جديدة وارتباطا جديدا، لأن تعاطى الكحول أصبح يؤدى إلى الشعور بالألم والضيق.

ويتوقف نجاح الإشراط التجنبى على شخصية المريض، وقابليته للإشراط، وطبيعة المثير غير الشرطى، وتتابع الأحداث فى عملية الإشراط. (محمد عودة وكمال مرسى، ١٩٨٤).

التعزيز الموجب (الثواب): Positive Reinforcement

هو إثابة الفرد على السلوك السوى مما يعززه ويدعمه ويدفعه إلى تكرار نفس السلوك إذا تكرر الموقف. ومن أشكاله: التعزيز المادى أو المعنوى،

ويؤدى إلى رضا الفرد عندما يقوم بالسلوك المرغوب. وكلما كان التعزيز قويا ومرغوبا، كلما أدى ذلك إلى سرعة تعديل وثبات السلوك من أجل الحصول عليه.

ومن العوامل التى تزيد من سرعة فاعلية التعزيز الموجب: الرغبة فى الشئ المستخدم فى التعزيز، والحاجة إليه، وسرعة تقديمه، وتقديمه بقدر معتدل.

ويستخدم التعزيز الموجب بنجاح فى علاج حالات مثل: فقد الشهية العصبى، وحالات فقدان الصوت الهستيرى، والخجل، والانطواء، والسلوك المضاد للمجتمع.

التعزيز السالب: Negative Reinforcement

يعمل المعالج فى هذا الأسلوب على زيادة ظهور الاستجابة المرغوبة بتعريض المريض لمثير غير سار مقدما ثم إزالته مباشرة بعد ظهور الاستجابة المرغوبة.

ويستخدم التعزيز السالب فى علاج حالات مثل: مص الأصابع، وقضم الأظافر.

ويلاحظ أن التعزيز السالب لايستخدم كثيرا، لأن على المعالج أن يعرّض المريض لخبرات مؤلمة إلى أن تظهر الاستجابة المرغوبة، وهذا قد يؤثر تأثيرا سالبا على إرادته فى الاستمرار فى عملية العلاج.

العقاب (الخبرة المنفرة): Punishment

يعرّض المريض فى هذا الأسلوب لخبرة منفرة (عقاب علاجى) إذا قام بالسلوك غير المرغوب، وذلك لكفه ووقفه كلية.

ومن أشكال العقاب العلاجى ما هو معنوى وما هو مادى مثل الضرب أو الصدمة الكهربائية أو عقاب اجتماعى مثل الرفض أو العزل، أو فى شكل منع الإثابة، مما يسبب الألم والضيق وعدم الرضا لدى المريض، ويعوق ظهور السلوك غير المرغوب.

ويستخدم أسلوب العقاب فى علاج اضطرابات الكلام، وعقال الكاتب والتدخين.

ولا يلجأ المعالجون إلى استخدام أسلوب العقاب فى العلاج كثيرا على أساس أن استخدام أسلوب الكف القائم على العقاب لتجنب استجابة غير مرغوبة يعتبر أقل الأساليب فعالية فى العلاج السلوكى، إذ المطلوب هو تعلم سلوك جديد مرغوب أكثر من مجرد كف سلوك غير مرغوب. فالعقاب المباشر يميل إلى إحداث كف وتوقف مؤقت للسلوك المعاقب، ويؤدى إيقاف العقاب إلى ظهور السلوك غير المرغوب مؤقتا. هذا بالإضافة إلى أن العقاب يمكن أن يؤدى إلى آثار غير مرغوبة مما يجعل السلوك العام للمريض أكثر اضطرابا لا أكثر توافقا، وقد يأتى برد فعل عكسى. (عبدالستار إبراهيم، ١٩٨٣).

الثواب والعقاب: Reward and Punishment

يستخدم أسلوب الثواب والعقاب معا، وذلك بأن يثيب المعالج كل استجابة سليمة ومرغوبة، وأن يعاقب كل استجابة غير سليمة وغير مرغوبة.

ويستخدم أسلوب الثواب والعقاب فى علاج حالات مثل: اللازمات الحركية كتحريك الرقبة وهز الكتفين أو الأرجل والرشف والنحنحة، وذلك باستخدام الثواب لتعزيز السلوك المرغوب وهو عدم تكرار اللازمة، واستخدام العقاب عند القيام بها لكفها.

تدريب الإغفال (الانطفاء): Omission Training

هو إغفال وتجاهل السلوك المرضى وعدم التعليق عليه، وعدم تعرض المريض لأى نتائج على الإطلاق حتى ينطفئ ويختفى.

ويستخدم تدريب الإغفال فى الحالات التى تكون فيها الاستجابة غير المرغوبة تحقق فائدة للمريض (إثابة) مثل: الاضطرابات النفسية الجسمية كالتهاب الجلد العصبى، والتقيؤ، ونوبات الغضب عند الأطفال، وحالات الصرع الهستيرى. (فيصل عباس، ١٩٨٣).

الإطفاء والتعزيز: Extinction & Reinforcement

يتسخدم هذا الأسلوب المزدوج فى علاج المشكلات السلوكية فى الفصل مثلا، حيث يغفل المعلم السلوك المشكل غير المرغوب إلى أن يظهر السلوك السوى المرغوب فيعززه ويشجعه. وهكذا ينطفئ السلوك المشكل ويعزز السلوك السوى، مما يؤدى إلى التقدم العلمى والاجتماعى.

الكف المتبادل: Reciprocal Inhibition

توجد بعض أنماط من الاستجابات تكون متنافرة وغير متجانسة مع بعضها البعض مثل: الخوف والجنس، والاسترخاء والضيق.

ويهدف أسلوب الكف المتبادل إلى كف كل من نمطين سلوكيين مترابطين بسبب تداخلهما وإحلال استجابة متوافقة محل الاستجابة غير التوافقية.

ومن أشيع استخدامات أسلوب الكف المتبادل:حالات التبول اللاإرادى. ففى هذه الحالة يفشل الطفل فى اكتساب عادة الاستيقاظ فى الوقت المناسب والذهاب إلى دورة المياه، ويظل نائما، ويتبول وهو نائم على فراشه. والمطلوب هو كف النوم (أى الاستيقاظ والتبول)، وكف التبول، (باكتساب عادة الاستيقاظ)، أى أن كف النوم يكف التبول، وكف التبول يكف النوم بالتبادل. وهنا يكون المطلوب تهيئة الظروف بحيث يحدث تعلم هذا النمط السلوكى.

وقد استخدم فولب Wolpeهذا الأسلوب فى علاج التبول اللاإرادى الذى يرجع إلى أسباب نفسية، وليس إلى أسباب عضوية.

وتستخدم بعض العقاقير لزيادة سرعة الإشراط مع استخدام جهاز علاج البوال.

الممارسة السالبة: Negative Practice

هى تكرار السلوك غير المرغوب وممارسته حتى يصل إلى درجة التشبع، وعندها لا يستطيع الفرد ممارسته. ومعروف أن تكرار الاستجابة ينتج عنه نتائج سالبة مثل التعب والملل، مما يقلل احتمال تكرار هذا السلوك.

ويستخدم أسلوب الممارسة السالبة فى علاج حالات مثل: اللازمات الحركية، وقضم الأظافر، ومص الأصابع، والاستمناء، وجرش الأسنان

ضبط النفس: Self Control

يعتبر أسلوب ضبط النفس استجابة نشطة من جانب المريض تتضمن التحكم فى الموقف المشكل والتمكن من ضبط المثير. فمثلا يستخدم أسلوب ضبط النفس فى علاج الكحولية لمن يريد الإقلاع عن تناول الخمر، وفى علاج السمنة لمن يريد إنقاص وزنه بضبط سلوك التغذية.

والمريض الذى يستخدم أسلوب ضبط النفس يكاد يكون هو المعالج.

وهناك هدفان أساسيان لضبط النفس، هما: الإقلاع عن استجابة غير مرغوبة، وممارسة سلوك مرغوب.

ويقوم أسلوب ضبط النفس على أساس الإثابة والتعزيز المباشر قصير الأمد، أو غير المباشر طويل الأمد، الذى يدركه المريض ويتأكد منه.

ولقد قدم كانفرKanfer نموذجا متعدد المراحل لأسلوب ضبط النفس مطبقا فى علاج السمنة، وذلك على النحو التالى:

* إدراك أن نقص الوزن هدف طويل الأمد، بينما تغير سلوك الغذاء وعادات الأكل هدف قصير الأمد.
* تحديد عدد مرات الأكل وكميته وسرعة تناوله وتعديل عادات الأكل المتبعة.
* التخلص من الأغذية غير المرغوبة خاصة الأطعمة الدسمة والجاهزة.
* التمهل فى الأكل.
* الأكل فى مكان الأكل فقط (أى فى غرفة الطعام).
* الأكل مع الآخرين لضبط عادات الأكل.
* تعزيز التحسن فى سلوك التغذية.

* تشجيع أنماط السلوك المساعدة كتأخير الوجبات والمشى والرياضة.
* تشجيع قوة إرادة المريض عن طريق التعزيز الاجتماعى.

(ستيفين لين وجون جارسك Lynn & Garske، ١٩٨٥).

مزايا العلاج السلوكى:

تتمثل أهم مزايا العلاج السلوكى فيما يلى:

* يعتمد على الدراسات والبحوث التجريبية المعملية القائمة فى ضوء نظريات التعلم، والتى يمكن قياس صدقها تجريبيا.
* يركز على المشكلة أو العرض مما يسهل وجود محك نحكم به على نتيجة العلاج.
* يسعى إلى تحقيق أهداف إجرائية، حيث يلعب العمل دورا أهم من الكلام.
* يتيح علاج أكبر عدد ممكن من المرضى من كافة المستويات الاجتماعية والاقتصادية.
* يستطيع الآباء والمعلمون والأزواج - بعد تدريبهم - المعاونة فى عملية العلاج.
* يحقق أهدافه فى وقت قصير لتركيزه على الأعراض والاستعانة بالأجهزة مما يوفر الوقت والجهد والمال.
* أثبت نجاحا كبيرا فى علاج المشكلات السلوكية لدى الأطفال، وعلاج المشكلات النفسية حتى ولو كان المريض يعانى من مشكلات أخرى، وعلاج الأمراض العصابية، وحالات الاضطراب السلوكى.

(فيصل عباس، ١٩٨٣، حامد زهران، ١٩٩٧).

عيوب العلاج السلوكى:

تتمثل أهم عيوب العلاج السلوكى فيما يلى:

* تعقد السلوك البشرى لدرجة يصعب معها فى كثير من الأحيان عزل وتحديد أنماط بسيطة من العلاقات بين المثير والاستجابة حتى يسهل تعديلها.
* يقوم على مبادئ علم النفس التجريبى ونقلها إلى المواقف العلاجية.
* يفسر جميع أنواع السلوك البشرى والاضطرابات السلوكية على أساس النموذج السلوكى المبنى على الإشراط.
* يركز على التخلص من الأعراض والوصف الكمى والموضوعى للتغيرات، ولا يعالج المصدر الرئيسى والحقيقى للاضطراب.
* يعالج السلوك الظاهر دون الرجوع إلى أسبابه.
* قد يكون الشفاء وقتيا وعابرا.

(مورجان ومورجان Morgan & Morgan، ١٩٨٤).

الفصل الثالث عشر

العـــلاج النفسى الجماعى

GROUP PSYCHOTHERAPY

تعريف العلاج النفسى الجماعى:

العلاج النفسى الجماعى هو علاج عدد من المرضى الذين تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم معا فى جماعة علاجية صغيرة، ويستغل أثر الجماعة فى سلوك الأفراد من تفاعل وتأثير متبادل بينهم بعضهم وبعض وبين المعالج بما يؤدى إلى تغيير سلوكهم المشكل أو المضطرب. والعلاج النفسى الجماعى هو طريقة المستقبل.

أسس العلاج النفسى الجماعى:

يعتمد العلاج النفسى الجماعى على أسس نفسية واجتماعية تقتضى الاستعانة بالجماعة كوسط علاجى فى تصحيح السلوك الاجتماعى للمريض وتقويمه. ومن هذه الأسس ما يلى:

* حاجات الفرد النفسية والاجتماعية والتى لابد من إشباعها فى إطار اجتماعى.
* المعايير والأدوار الاجتماعية التى تحدد سلوك الفرد وأدواره فى المجتمع.
* التوافق الاجتماعى كهدف للعلاج النفسى الاجتماعى يرتبط بالتوافق الشخصى وسعادة الفرد فى تفاعله الاجتماعى.
* العزلة الاجتماعية كسبب من أسباب المرض النفسى.
* أثر التفاعل الاجتماعى بين أفراد الجماعة وبين المعالج، واعتبار كل فرد فى الجماعة معالجا للآخر.

الجماعة العلاجية:

تضم الجماعة العلاجية ٥ - ٨ مرضى مع معالج أو اثنين، فى جلسة جماعية مدتها ساعة ونصف. والجماعة العلاجية قد تكون مغلقة فلا يدخلها أعضاء جدد، وقد تكون مفتوحة فإذا خرج منها أعضاء حل محلهم أعضاء جدد.

ويحسن تقارب المرضى فى المستوى التعليمى والطبقة الاجتماعية، ويجوز أن يكونوا من الجنسين.

ويتم اختيار المرضى بحيث تتوافر لديهم:

* القدرة على التعبير عن الأفكار والمشاعر لفظيا.
* القدرة على البوح أمام الجماعة والاستفادة من تفسيراتهم.

أما عن المرضى الذين لايناسبهم العلاج النفسى الجماعى فهم:

* الشخصية السيكوباتية، والشخصية النرجسية.
* مرضى الذهان وخاصة الفصام والهذاء (البارانويا).
* الذين يسعون دائما لجذب أنظار الآخرين.
* الذين لديهم حساسية لتوترات واضطرابات الآخرين.

عملية العلاج النفسى الجماعى:

تتضمن عملية العلاج النفسى الجماعى ثلاث مراحل هى:

المرحلة الأولى: وتتضمن:

* القلق والدفاعية وتأرجح المشاعر تجاه المعالج.
* ظهور روح الجماعة.
* نمو الثقة وتبادل الخبرات.
* وضوح أنماط الأفراد.

المرحلة الثانية: وتتضمن:

* تفاعل كل فرد بإيجابية ومشاركة ورؤية نفسه فى الآخرين واعترافه بالمشاعر المكبوتة.
* ظهور التنافس فى الكشف عن المخاوف والقلق والصراعات.
* إحتمال ظهور عمليات مضادة للعلاج مثل كبش الفداء والاعتماد على الدفاعات.

المرحلة الثالثة: وتتضمن:

* الاستفادة من خبرات الآخرين وتطبيقها على حالة الفرد.
* احتمال حاجة بعض الأفراد إلى علاج نفسى فردى مكمل.

(مورجان ومورجان Morgan & Morgan، ١٩٨٤).

أساليب العلاج النفسى الجماعى:

تتعدد أساليب العلاج النفسى الجماعى، ومنها ما يلى:



شكل (٣٧) يعقوب مورينو

التمثيل النفسى المسرحى:

«السيكودراما» Psychodrama

التمثيل النفسى المسرحى: أو التمثيلية النفسية، عبارة عن تصوير تمثيلى مسرحى لمشكلات نفسية فى شكل تعبير حر فى موقف جماعى يتيح فرصة التنفيس الانفعالى التلقائى، والاستبصار الذاتى. ورائد هذا الأسلوب هو يعقوب مورينو Moreno الذى يرى أن أهم ما فى التمثيل النفسى المسرحى هو حرية السلوك لدى الممثلين (المرضى) وتلقائيتهم حين يعبرون عن

اتجاهاتهم ودوافعهم وصراعاتهم وإحباطاتهم بما يؤدى فى النهاية إلى تحقيق التوافق والتفاعل الاجتماعى السليم والتعلم من الخبرة الجماعية.

ويدور موضوع التمثيلية النفسية حول موضوعات مثل: خبرات المريض التى يخافها مثلا، أو حول مواقف هدفها التنفيس الانفعالى أو حل الصراع أو تحقيق التوافق النفسى وفهم الذات، والاتجاهات السالبة، والأفكار والمعتقدات الخرافية، والأحلام.

أما عن التأليف والإخراج والأداء، فيقوم المرضى بتأليف التمثيلية النفسية بأنفسهم، ويكون التأليف تلقائيا حسب الموقف. وقد يساعد المعالج فى التأليف. أما عن الحوار، فيترك لتلقائية وابتكار المرضى أثناء التمثيل.

وأما عن الأدوار التى يلعبها المرضى، فهى متعددة مثل: دور المريض فى الحياة اليومية، أو دور المعالج، أو شخص مهم كأحد الوالدين أو الإخوة أو المعلم أو الزوج أو الجار. ودور شخص معاكس مثل قيام المرؤوس بدور رئيسه أو الزوج بدور الزوجة. وتوزع الأدوار على المشاركين فى التمثيل لإظهار أنماط السلوك اللاتوافقى حتى يمكن ضبطه.

ويقوم بالإخراج أحد المرضى أو المعالج.

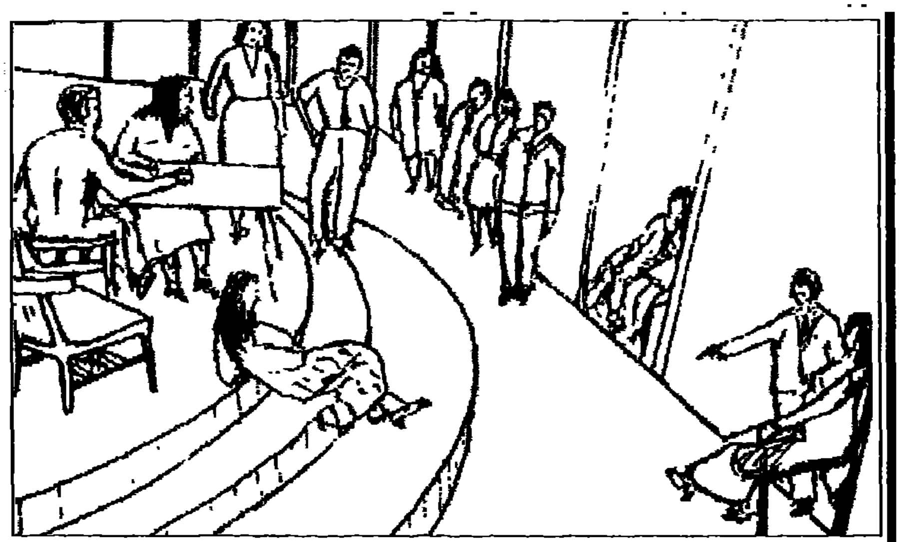
والممثلون هم المرضى أنفسهم، ويكون لأحدهم دور البطل الرئيسى، ويمثل باقى المرضى أدوار الأشخاص المهمين فى حياته. وقد يشترك المعالج وغيره من أفراد فريق العلاج فى التمثيل بغرض التوجيه والتفسير، ويجب إسناد الأدوار بحرص إلى المرضى بحيث تكون متدرجة فى العنف بما يضمن الاستمرار وعدم الانهيار.

ويحسن أن يختار كل عضو الدور الذى يرغب فى تمثيله. ويطلب من الممثلين الاندماج الكامل فى المشاهد وأن يكون سلوكهم معبرا عن أفكارهم الخاصة الحقيقية بتلقائية وحرية. ومن الملاحظ أن المرضى يسلكون سلوكا أقرب إلى الواقع منه إلى التمثيل.

والمتفرجون غالبا من أعضاء الجماعة العلاجية وأعضاء فريق العلاج.

وبعد التمثيل تبدأ مناقشة أحداث التمثيلية النفسية والتعليق عليها ونقدها واستعراض ما يمكن استنتاجه. ويشترك فى المناقشة المعالج والمرضى.

وتتعدد فوائد التمثيل النفسى المسرحى: فهو يكشف عن نواح هامة فى مشكلات المرضى وشخصياتهم ودوافعهم وحاجاتهم ومشاعرهم وصراعاتها مما يفيد فى عملية العلاج. ويفيد التمثيل النفسى المسرحى فى التخلص من القلق والإحباط وحل الصراع فى مواقف تشبه مواقف الحياة الواقعية. (انظر شكل ٣٨).



شكل (٣٨) العلاج النفسى المسرحى

التمثيل الاجتماعى المسرحى: «السوسيودراما» Sociodrama

يعتبر التمثيل الاجتماعى المسرحى توءما للتمثيل النفسى المسرحى، ويطلق عليه أحيانا اسم «لعب الأدوار». ويتناول المشكلات الاجتماعية والمجتمعية.

ومن أشهر أساليب التمثيل النفسى المسرحى والعلاج النفسى المسرحى

أسلوب قلب الأدوار، حيث يقوم أحد المرضى بدور المعلم مثلا ومعه مريض آخر يقوم بدور التلميذ، وبعد ما يتصاعد أداؤهما التلقائى ويندمجان يطلب المعالج منهما قلب الأدوار - أى يقوم المعلم بدور التلميذ والتلميذ بدور المعلم - للتعرف على درجة التصلب والمرونة، وذلك بجانب التعرف على واقع السلوك الانفعالى، ومشكلات المريض التى يمكن أن يعيشها فى الأدوار، واستجاباته التلقائية.

المحاضرات والمناقشات الجماعية:

من رواد أستخدام أسلوب المحاضرات والمناقشات الجماعية العلاجية ماكسويل جونز. ويلعب فى هذا الأسلوب عنصر التعلم وإعادة التعلم دورا رئيسيا حيث يعتمد أساسا على إلقاء محاضرات سهلة على المرضى يتخللها ويليها مناقشات. ومن أهداف المحاضرات والمناقشات الجماعية تغيير الاتجاه لدى المرضى.

ويكون أعضاء الجماعة العلاجية عادة متجانسين من حيث نوع المشكلات أو الاضطرابات.

ومن أمثلة موضوعات المحاضرات والمناقشات: الصحة النفسية والمرض النفسى، وأسباب وأعراض المشكلات والاضطرابات النفسية، ومشكلات التوافق النفسى. وقد يكون الموضوع مناقشة «حالة افتراضية» يطرحها المعالج، أو مناقشة بعض الأفكار الخرافية والمعتقدات الخاطئة.

أما المحاضرون، فأهمهم المعالج، أو بعض المتخصصين مثل الأطباء والأخصائيين الاجتماعيين وعلماء الدين، أو بعض المرضى السابقين والذين استفادوا من هذا الأسلوب العلاجى.

وتستخدم الوسائل المعينة فى المحاضرات والمناقشات مثل الأفلام والكتيبات والنشرات.

وقد تضاف وسائل أخرى مثل استخدام الموديولات مع شرائط الفيديو المناقشة الجماعية.(محمد حامد زهران، ١٩٩٩).

وفى بعض الأحيان تتم المزاوجة بين المناقشات والمحاضرات والترفيه والنشاط الفنى التلقائى حتى لا تأخذ العملية شكلا أكاديميا.

وتكون المناقشة أثناء المحاضرة أو بعدها، ويديرها المعالج.

ويستخدم أسلوب المحاضرات والمناقشات الجماعية العلاجية على نطاق واسع فى الوقاية وخاصة فى المدارس والمؤسسات. (حامد زهران، ١٩٩٨).

العلاج الأسرى: Family Therapy

العلاج الأسرى أسلوب من أساليب العلاج النفسى الجماعى، يتناول أعضاء الأسرة كجماعة وليس كأفراد. وهو علاج يعمل على كشف المشكلات والاضطرابات الناتجة عن التفاعل بين أعضاء الأسرة كنسق اجتماعى، ومحاولة التغلب على هذه المشكلات عن طريق مساعدة أعضاء الأسرة كمجموعة على تغيير أنماط التفاعل المرضية داخل الأسرة (انظر شكل٣٩).



شكل (٣٩) العلاج الأسرى

وهناك الكثير من نماذج العلاج الأسرى لتحسين النظام الأسرى ولرعاية

نمو الأولاد، وخاصة النمو الاجتماعى، لمساعدتهم بخصوص مشكلات مثل صعوبات التعلم وغيرها. وتركز هذه النماذج على تعليم الوالدين مهارات التوافق الزواجي والأسرى وإكسابهم مهارات التدخل لمساعدة الأولاد. (جويس بوتاش Pottash، ١٩٩٤).

ومن دواعى استخدام العلاج الأسرى ما يلى:

* اضطراب العلاقات الأسرية، وتبادل الاتهامات والإسقاطات.
* اضطراب العلاقات الزواجية.
* اضطراب الأسرة وانهيارها.

ويتضمن العلاج الأسرى العديد من الأشكال، حيث يقوم المعالج بدور الموجه على النحو التالى:

* تسهيل الاتصال والتفاعل بين أعضاء الأسرة.
* تعديل السلوك على أسس ومبادئ نظريات التعلم.
* التحليل النفسى والاستقصاء العميق، فى حالة ظهور المقاومة وتأثير خبرات الطفولة وفى حالة التحويل.

ويهدف العلاج الأسرى إلى ما يلى:

* مساعدة الأسرة على كشف نقاط الضعف التى تؤثر فى علاقات وتفاعلات أفراد الأسرة.
* تقوية القيم الإيجابية للأسرة ومساعدتها على تدعيم كل ما يحقق التوازن والاستقرار الأسرى.
* مساعدة الأسرة على تدعيم القيم الموجبة وإهمال جوانب السلوك السالب.
* مساعدة الأسرة على رفع مستوى أدائها الاجتماعى.
* تحقيق التوازن والتماسك بين أعضاء الأسرة.

* مساعدة الأسرة على تخطى بعض العقبات الخاصة ببعض أفرادها المشكلين (المعوقين أو المتخلفين عقليا مثلا).

ومن مزايا العلاج الأسرى، أنه يفيد فى حل المشكلات الأسرية قصيرة الأمد فى الحياة اليومية.

(مورجان ومورجان Morgan & Morgan، ١٩٨٤)

جماعة المواجهة: Encounter Group

رائد هذا الأسلوب العلاجى هو كارل روجرز Rogers (١٩٧٠).

ويعرف هذا الأسلوب الإرشادى العلاجى أحيانا بأسماء منها مايلى:

* **جماعة المواجهة الأساسية** Basic Encounter Group.
* **جماعة التدريب العملى فى ديناميات الجماعة** Training Laboratory in Group Dynamics (T Group).
* **حلقة عمل جماعى فى العلاقات الإنسانية** Workshop in Human Relationships.

وتفضل المؤلفة تسمية «الخبرة المكثفة فى جماعات المواجهة»

«Intensive Experience in Encounter Groups»

ويستخدم أسلوب الخبرة المكثفة فى جماعات المواجهة فى الإرشاد والعلاج النفسى فى مراكز الإرشاد والعيادات النفسية، وفى أماكن قضاء العطلات.

وتضم جماعة المواجهة ٨ - ١٠ أفراد لديهم مشكلات متشابهة. وتستمر الخبرة الجماعية المكثفة فترة تتراوح بين يومين إلى ثلاثة أيام (كعطلة نهاية الأسبوع) حيث تكون الخبرة العلاجية مكثفة وطول الوقت فيما عدا وقت الراحة والغذاء، أى أن الجلسات تستغرق ما بين عشرة إلى ستين ساعة من الخبرة العلاجية المكثفة. وقد تمتد الجلسات إلى ثلاثة أو أربعة أسابيع.

وتساعد جماعة المواجهة فى الوقاية من التوترات وفى حل الصراعات النفسية، وتتناول القيم والاتجاهات بالتعديل والتغيير، وإثراء وتحسين الاتصال بين الوالدين والأولاد. وتساعد جماعات المواجهة بصفة خاصة فى حل المشكلات النفسية الاجتماعية، والمشكلات الزواجية.

ويمكن اختيار الأساس النظرى الذى يفضله المعالج مثل: العلاج المركز حول المريض، أو العلاج الجشتالتى. ويكون التركيز على «الهنا والآن» أى على الحاضر أكثر.

ويقوم المعالج بدور الميسر Facilitator أى ميسر التفاعل والتفاهم والعلاقات فى جماعة المواجهة. وللمعالج مسئولية قيادية تتجلى أساسا فى تسهيل التعبير الحر لدى أعضاء الجماعة عن المشاعر والأفكار. ووظيفة القائد الميسر أساسا هى تهيئة المناخ العلاجى الآمن نفسيا. وهو مشارك نشط جاهز عند الحاجة إليه، صادق فى مشاعره واتجاهاته، صبور، متعاطف، متقبل لأعضاء الجماعة كل على حدة وللجماعة ككل.

وهناك فروض فى الخبرة الجماعية المكثفة أهمها ما يلى:

* ينمو الشعور تدريجيا بالأمن ويتخلى الأعضاء عن الدفاعات ويخلعون الأقنعة.
* يتدعم الارتباط المشاعرى عن طريق المواجهة مع باقى أعضاء الجماعة.
* يزداد فهم النفس والعلاقات مع الآخرين.
* يتم التعبير عن المشكلات وتعلم أساليب أفضل للتوافق.
* تتغير الاتجاهات، وبالتالى يتغير السلوك.
* تصبح العلاقات أكثر فعالية مع الآخرين فى الحياة اليومية.

وتمر الخبرة الجماعية المكثفة فى مراحل متتالية على النحو التالى:

* **التجمع:** Milling Around حيث يوضح المعالج أو الميسر فى البداية أن الجماعة تتمتع بحرية كاملة، وأنه لايوجد من يحدد وجهتها، أو يتحمل مسئوليتها، وهذا يسبب نوعا من الارتباط والتشوش أو حتى الإحباط.

وهذا أمر طبيعى فى بادئ الأمر. وقد تتكلم الجماعة فى هذه المرحلة فى أشياء متنوعة وفى أى شئ وفى كل شئ.

* **المقاومة:** Resistance (مقاومة التعبير الشخصى أو الاستكشاف) يميل بعض الأفراد إلى التعبير عن الاتجاهات الشخصية مما يثير ردود فعل متناقضة بين الأعضاء الآخرين فى الجماعة. فلكل فرد مفهوم ذات عام ومفهوم ذات اجتماعى، ومفهوم ذات خاص يحافظ على سريته. وكل فرد يحاول أن يبدو أمام الآخرين عارفا قادرا محقا خاليا من المشكلات.

* **وصف المشاعر السابقة:** ويبدأ التعبير عن المشاعر السابقة مع نوع من الحذر والخوف من المخاطرة وكشف الذات تماما. ويبدو أن كشف المشاعر السابقة يكون أسهل من التعبير عن المشاعر الحاضرة لأنها تكون خارجة عن نطاق الجماعة زمانا ومكانا، وهى تعبير عن المشاعر «هناك وآنذاك» There and Then.

* **التعبير عن المشاعر السالبة:** يكون التعبير الأول عن المشاعر الهامة «هنا والآن» Here and Now فى شكل اتجاهات سالبة نحو الأعضاء الآخرين فى الجماعة أو نحو قائدها، وذلك فى حالات مثل إحجام بعض الأعضاء عن الكشف عن ذواتهم الخاصة، وعدم التعاون، أو اتهام القائد بالفشل فى قيادة الجماعة. وبعد أن يتم التعبير عن المشاعر السالبة يتم تقبلها دون نتائج سيئة حيث توجد الجماعة فى مناخ نفسى كله حرية.

* **التعبير عن المواد الشخصية:** بعد أن يتأكد كل فرد أن الجماعة جماعته، تزداد الثقة فى النمو، ويبدأ كل فرد فى الكشف عن واجهة أعمق من ذاته.

* **التعبير عن المشاعر المباشرة فى الجماعة:** وهذا التعبير قد يحدث مبكرا أو يتأخر أحيانا، وهو عبارة عن إفصاح عن المشاعر فى اللحظة المباشرة للأعضاء تجاه بعضهم البعض، إما إيجابا أو سلبا.

* **نمو طاقة علاجية فى الجماعة:** وهذا يظهر قدرا من الطاقة التلقائية لدى

أعضاء الجماعة للتعامل مع آلام ومتاعب ومشكلات الآخرين فى إطار علاجى ميسر.

* **خلع الأقنعة:** مع مرور الوقت تجد الجماعة أنه لا يمكن تحمل أن يظل أى عضو من أعضائها خلف قناع أو واجهة، فالكلمات المهذبة والفهم المتبادل الظاهرى، والعلاقات الطيبة والأسلوب المغطى لايصبح مناسبا، ويحل محله حدوث مواجهة أعمق. فالمواجهة الجماعية المكثفة تتطلب أن يكون الفرد «نفسه» ولايظل مختبئا، وأن يخلع القناع فى التفاعل الاجتماعى العلاجى. وقد يكون خلع الأقنعة بتدريج وبرفق، وقد يكون فجائيا ودراميا. وعلى العموم فإن خلع الأقنعة يعتبر بمثابة «عرى نفسى» أو كشف عن «العورة النفسية».

* **تلقى التغذية المرتدة:** وفى عملية التفاعل التعبيرى الحر، يكتسب الفرد قدرا كبيرا من المعلومات عن كيف يبدو للآخرين. وهذه المعلومات المتنوعة ترجع وترسل إلى الفرد فى إطار التفاعل الذى يتم فى الجماعة. وبذلك تبدو الجماعة بمثابة مرآة جماعية للفرد.

* **التحدى (وجها لوجه):** Confrontation وفى هذه المرحلة يواجه الأفراد بعضهم بعضا إيجابا وسلبا وفى أخذ وعطاء قد يصل إلى مرحلة المشادة، ولكن خلال العملية العلاجية وقبل نهاية الجلسة يصل إلى نهاية أفضل.

* **علاقة المساعدة الجماعية:** وفى هذه المرحلة تنمو علاقة مساعدة جماعية حيث تتوصل الجماعة إلى طرق يكون فيها الأعضاء قادرين على مساعدة بعضهم البعض داخل وخارج الجلسات الجماعية. ومن مظاهر علاقة المساعدة الجماعية ما يحدث عندما يساعد أعضاء الجماعة بعضهم بعضا على تقبل ذواتهم، وعلى خلع أقنعتهم، وعلى الكشف عن مواد أعمق من ذواتهم الخاصة.

* **المواجهة الأساسية:** Basic Encounter وفى هذه المرحلة يزداد ائتلاف الأعضاء وضوحا فى شكل قرب أكثر، واتصال أعمق مع بعضهم

البعض بدرجة أكبر من المعتاد فى الحياة اليومية، وهذا يعتبر أحد العناصر الرئيسية المؤدية إلى إحداث التغيير نتيجة الخبرة الجماعية. وهكذا تعتبر جماعة المواجهة بمثابة كتف يبكى عليه الأعضاء. وتتيح الجماعة كذلك فرصة الشعور بالتقبل والقيمة، مما يزيد الثقة فى النفس، وإتاحة فرصة تحقيق الفرد لذاته فى علاقة ثنائية «أنا وأنت».

* **التعبير عن المشاعر الموجبة والقرب:** وبالتدريج يحل محل الشعور السالب تقبل عميق للآخر، ومن ثم يتضح حدوث تغير حقيقى فى المشاعر فى الاتجاه السليم، ويزداد الشعور بالأمن وبروح الجماعة.
* **التغيرات السلوكية فى الجماعة:** ويحدث تغيرات سلوكية أساسية فى الجماعة نفسها نتيجة للخبرة الجماعية، فالتعبيرات تتغير، ونبرات الصوت تتغير، فتصبح أحيانا أقوى وأحيانا أرق، وعادة أكثر تلقائية وأكثر امتلاء بالمشاعر الأفضل. ويبدى الأعضاء قدرا كبيرا من الاحترام المتبادل والاتجاه الموجب نحو بعضهم البعض، ويصبحون أكثر انفتاحا وتلقائية ومودة، يعبرون عن أنفسهم بحرية وطلاقة، ويصبحون أكثر تعاطفا وتسامحا وثقة، وتصبح العلاقات الاجتماعية أكثر عمقا ونجاحا.

هذا ومن بين أساليب تنشيط التفاعل فى جماعة المواجهة: مباراة الأسرار، ولعب الأدوار، وأسلوب العين فى العين، والكرسى الساخن (كرسى الاعتراف)، والطلقات الموجبة والسالبة.

مزايا العلاج الجماعى:

تتلخص مزايا العلاج النفسى الجماعى فيما يلى:

* توفير الوقت والجهد والمال، حيث يستطيع المعالج النفسى معالجة ومساعدة أكثر من مريض فى وقت واحد.
* توفير خبرة الاتصال والتفاعل مع أفراد جماعة العلاج، وتبادل الآراء والتخفف من حدة المرض عند الأفراد حيث يرى المريض أنه أفضل من غيره مما يؤدى إلى نتائج أفضل وأسرع فى العلاج.

* تعدد أساليبه وتنوعها، مع إمكان التدريب عليها بدرجة أسهل من غيرها نسبيًا.
* تحسين التفاعل الاجتماعى، والاتجاهات الاجتماعية.
* إحداث تغير فى الشخصية والسلوك، وإتاحة فرصة خبرات انفعالية مكثفة، وتحسين الاستبصار.

عيوب العلاج النفسى الجماعى:

ومن عيوب العلاج النفسى الجماعى ما يلى:

* قد تكون التغيرات السلوكية التى تحدث قصيرة الأمد وغير دائمة ، وقد يحدث لدى البعض انتكاس.
* قد يندمج الفرد بعمق فى الكشف عن ذاته ثم يترك بمشكلاته غير محلولة.
* قد يستفيد أحد المرضى دون الآخرين مما يحدث مشكلات خاصة فى عملية التوافق النفسى.
* قد يتحمس بعض الأعضاء للطريقة ويستمرون فى الاشتراك فى حلقات عمل جديدة، وقد يحترفون حضور جلسات العلاج الجماعى.

الفصل الرابع عشر

العـلاج الاجتماعى

SOCIOTHERAPY

تعريف:

هو عبارة عن التعامل مع البيئة الاجتماعية للمريض وتعديلها أو تغييرها أو نقل المريض إما مؤقتًا أو بصفة مستديمة من البيئة الاجتماعية التى أدت إلى الاضطراب النفسى، إلى بيئة اجتماعية تحقق التوافق النفسى السوى.

والعلاج الاجتماعى يدخل تحته ما يسمى «العلاج البيئى» Environmental «علاج المحيط البيئى» Milieu Therapy، و«علاج الدفعة الكلية» Total Push.

ومعروف أن البيئة الاجتماعية تلعب دوراً هامًا فى نشأة وعلاج الاضطرابات النفسية، لذلك نجد أن للعلاج الاجتماعى دوراً رئيسيًا فى إجراء تعديلات فى البيئة الاجتماعية للمريض (انظر شكل ٤٠).

(محمد عودة وكمال مرسى، ١٩٨٤).

أهدافه:

يهدف العلاج الاجتماعى إلى تغيير وضبط البيئة الاجتماعية التى أدت إلى الاضطراب النفسى. وجعلها بيئة اجتماعية علاجية سواء كان ذلك فى الأسرة أو المدرسة أو المستشفى أو فى العيادة النفسية أو فى مكان العمل أو فى المؤسسات الإيداعية.

فوائده:

يجدى العلاج الاجتماعى فى حالات الأطفال والشباب أكثر منه فى حالات الراشدين والكبار، وذلك لأن الأطفال والشباب يكونون ما زالوا فى مرحلة تكوين ونمو وتعديل لسلوكهم، بينما يكون الكبار قد نضج سلوكهم مع النمو ، ولذلك يكون من الصعب تغييره وتعديله.



شكل (٤٠) العلاج الاجتماعى

أساليب العلاج الاجتماعى:

فى الأسرة:

الأسرة هى الخلية الاجتماعية الأولى والأساسية للفرد، وفى محيطها قد يستدعى الحال إجراء ما يلى:

* الاستعانة بالوالدين فى تهيئة مناخ أسرى سوى.
* تغيير اتجاهات المحيطين والمخالطين فى الأسرة خاصة الزوج والأقارب والرفاق والجيران.
* تحسين علاقة الوالدين بالطفل فيما يتعلق بتربيته وتوجيهه وتحسين أساليب الرعاية والوالدية لنموه.
* علاج الأسرة (جميع أفرادها).
* حل المشكلات الزواجية والاقتصادية والاجتماعية التى تؤثر على حالة المريض.

وفى حالة إيداع المريض - خاصة إذا كان طفلاً- فى مؤسسة داخلية بعيداً عن أسرته المفككة أو المنهارة يشترط توافر الأمن والطمأنينة فى المؤسسة.

فى المدرسة:

تلعب المدرسة دوراً هامًا فى العلاج الاجتماعى على النحو التالى:

* يتعاون المعالج النفسى والأخصائى الاجتماعى والمعلمون فى تحقيق هدف العلاج الاجتماعى . فالمدرسة تكشف القدرات والهوايات وتنميها، وتشبع الحاجات، ويمارس فيها التلميذ المحاولة والخطأ، والنجاح والفشل، والتنافس والتعاون، ويتعلم فيها الحياة الواقعية والكثير من المهارات الاجتماعية.
* يحتاج التلميذ المشكل إلى تعديل بعض الخبرات المدرسية أو تقديم خبرات خاصة مناسبة له عن طريق التعاون بين الأخصائى الاجتماعى بالمدرسة والمعالج النفسى.
* يلعب مجلس الآباء والمعلمين دوراً هامًا فى الاتصال بين الأسرة والمدرسة فى الحالات السوية بصفة عامة والحالات المرضية بصفة خاصة.

فى المستشفى:

يجب أن يكون المناخ العلاجى فى مستشفى الأمراض النفسية أو العيادة النفسية مناسبًا ومساعداً ومشجعًا فى عملية العلاج ومفيداً فى اكتساب مفاهيم واتجاهات جديدة وموجبة. ويجب العمل على نقل المريض من مجتمع المستشفى إلى المجتمع الخارجى وتيسير الطريق أمامه بالتدريج من المستشفى إلى الأسرة إلى المجتمع.

فى المجتمع:

يفيد العلاج الاجتماعى فى المجتمع كما يلى :

* الاستعانة بالمعايير الاجتماعية والقيم والعادات والتقاليد والعرف فى تعديل السلوك غير السوى.
* إسهام الأقارب والرفاق فى التخفيف من حدة التوتر التى قد تكون موجودة فى البيئة الاجتماعية.

* تعديل الظروف الاجتماعية وإحداث التغيير اللازم فى ظروف المعيشة، وتعديل الإطار الاجتماعى العام للمريض وعلاجه فى مواقف الحياة اليومية فى المجتمع.
* الاستفادة من النوادى والمعسكرات فى توسيع الإطار الاجتماعى للمريض، وتقبل الآخرين، والاستقلال خصوصًا فى حالة الحماية الزائدة أو التدليل.
* ضبط التنشئة الاجتماعية وتعديل وتغيير ما يلزم فى باقى وسائل وعوامل هذه العملية فى دور العبادة ، وجماعة الرفاق، ووسائل الإعلام.
* اشتراك المريض فى برنامج اجتماعى مخطط للنشاط والعلاج وتقديم خبرات اجتماعية جديدة، ومتابعة المريض أثناء وبعد عودته للمجتمع.

مزايا العلاج الاجتماعى:

من مزايا العلاج الاجتماعى ما يلى:

* علاج المريض كإنسان وليس مجرد «حالة».
* زيادة التفاعل والنشاط الاجتماعى، والاستفادة من أثر الضغط الاجتماعى الملزم فى تعديل السلوك.
* المساهمة فى إعادة التوافق الشخصى والاجتماعى والزواجى والأسرى والمهنى للمريض.
* إعادة الثقة بالنفس والتقليل من السلوك الغريب والشاذ للمريض.

صعوبات العلاج الاجتماعى:

من صعوبات العلاج الاجتماعى ما يلى:

* صعوبة ضبط بيئة الراشدين.
* صعوبة الاتصال بالأزواج أو الرؤساء.
* صعوبة تغيير نظام حياة الكبار والمسنين . (حامد زهران ، ١٩٩٧).

الفصل الخامس عشر

العلاج باللعب

PLAY THERAPY

مقدمة:

يمثل اللعب مكانة هامة فى حياة الطفل حيث يعيش ولا يميز بين نشاطاته من حيث هو عمل أم لعب- خاصة اللعب الحر الذى لا يتدخل فيه الكبار بمعاييرهم وضوابطهم- والتى تحد من تلقائية الطفل فى لعبه.

واللعب هو الوسيلة التى يفهم بها الأطفال عالم الكبار، وكيفية التفاعل مع الآخرين، واكتساب اللغة، ولعب الأدوار.

واللعب الحر يعطى الطفل حرية الابتكار، وينمى عنده الخيال متمثلاً فى اللعب الإيهامى . (يسرية صادق، ١٩٨٩).

ماهية العلاج باللعب:

اللعب هو أحد الأساليب الهامة فى تعليم الأطفال وتشخيص وعلاج مشكلاتهم. ويستخدم اللعب كطريقة علاجية فى حد ذاته، ويستخدم أيضًا ضمن طرق علاجية أخرى.

والعلاج باللعب طريقة هامة فى علاج الأطفال المضطربين نفسيًا، حيث يستغل اللعب للتنفيس الانفعالى، وتنفيس الطاقة الزائدة، والتعبير عن الصراعات، وتعلم السلوك المرغوب.

وكانت أول عيادة للعلاج باللعب تستخدم طريقة الملاحظة العلاجية (الكلينيكية) فى الفترة من (١٩٤٠- ١٩٥٠). وقد قام عدد من العلماء بدراسة الفروق بين الجنسين فى اللعب، وبتحليل أثر الإحباط على سلوك الطفل وكشف السلوك العدوانى لدى الطفل.

وتعتبر فرجينيا أكسلين زفضعلآئة(١٩٤٨) من أوائل المهتمين بالعلاج باللعب، وأكدت أهمية اللعب فى انخفاض الشعور السلبى، ونمو الشعور الإيجابى نحو الذات ونحو الآخرين من خلال جلسات العلاج باللعب، وأكدت أيضًا أن الطفل يتحول إلى فرد أكثر اكتمالاً وتوافقًا وتحرراً وتلقائية من خلال عملية العلاج. (سلوى عبد الباقى، ١٩٨٩).

ويقوم العلاج باللعب على أساس عدد من النظريات التى تفسر اللعب، ومنها: .

* **نظرية الطاقة الزائدة**: وتقول إن اللعب تنفيس لطاقة الزائدة عند الفرد. ويمكن الاستفادة من طاقة النشاط الزائدة فى سلوك مفيد وبناء.
* **النظرية الغريزية**: وتقول إن اللعب يستند إلى أساس غريزى، وإنه بتوجيه اللعب يمكن تهذيب وتدريب النشاط الغريزى لدى الفرد، كما هو الحال فى غريزة المقاتلة والعدوان .
* **نظرية التلخيص**: وتقول إن كل طفل يلخص تاريخ الجنس البشرى فى لعبه، حيث نجده وهو يبنى، وهو يعوم، وهو يتسلق الأشجار، إنما يلخص ما كان يقوم به أجداده.
* **نظرية تجديد النشاط بالتسلية والرياضة**: وتقول إن أوجه النشاط الرئيسية فى الحياة متعبة ومجهدة لدرجة تستوجب تجديد النشاط فى الحياة بالتسلية والرياضة. فاللعب ضرورة للترفيه بعد العمل، فهو ينسى الفرد ضغط العمل، ويجدد النشاط والحيوية.

(حامد زهران،١٩٩٠).

ويستند العلاج باللعب إلى الأهمية النفسية للعب وأدوات اللعب، وذلك على النحو التالى:

* يفيد اللعب فى النمو النفسى والعقلى والاجتماعى والانفعالى للطفل، فيقوى عضلاته، ويطلق الطاقات الكامنة فيه، ويتعلم الطفل من خلاله المعايير الاجتماعية وضبط الانفعالات والنظام والتعاون والقيادة.

* يشبع حاجات الطفل مثل حب التملك، وذلك حينما يمتلك الطفل بعض أدوات اللعب ويسيطر عليها فى حرية دون رقيب أو منافس، وفى تفكير مستقل، منفساً عن ميوله ومشاعره.
* يكمل اللعب بعض أوجه النشاط الضرورية فى حياة الطفل اليومية.
* يفيد اللعب فى دراسة سلوك الطفل من خلال لعبه عن طريق الملاحظة غير المباشرة، وهو وسيلة هامة فى تشخيص مشكلات الأطفال وعلاجها.
* يعتبر اللعب «مهنة الطفل». وأثناء اللعب يشعر الطفل بالمتعة ويعيش طفولته ويستكشف ويتعلم ويبتكر.

حجرة اللعب:

توجد فى العيادات النفسية، ومراكز توجيه الأطفال حجرة للعب، تضم لعباً متنوعة الشكل والحجم والموضوع، وتمثل اللعب الأشخاص والأشياء الهامة فى حياة الأطفال اليومية.

ومن أمثلة اللعب التى تحتويها حجرة اللعب: العرائس والدمى التى تمثل أفراد الأسرة، والأطباء، ورجال الشرطة، واللعب التى تمثل الحيوانات المختلفة، والأثاث، والمسدسات والبنادق، والملابس والمفروشات، ووسائل المواصلات، وأحواض الرمل والماء، والأشجار، والجبال، وطين الصلصال، وأدوات الكتابة والرسم . ويمكن أن تضم حجرة اللعب بعض الأراجيح والأراجوز... إلخ.

ومن بين اللعب المتعددة الأغراض، يختار المعالج ما يناسب مشكلة الطفل وعمره وجنسه. ويمكن ملاحظة سلوك الطفل خارج حجرة اللعب أثناء لعبه بالمنزل بين أفراد أسرته التى تكون عادة هى مصدر اضطرابه وسوء توافقه، سواء كان هذا اللعب فردياً أو جماعياً.

(كاميليا عبد الفتاح، ١٩٧٥، حامد زهران، ١٩٩٧).

أهمية اللعب في التشخيص :

يعتبر لعب الأطفال تعبيراً حقيقيًا عن سلوكهم السوى أو المضطرب. فالطفل أثناء لعبه يعبر عن مشكلاته وصراعاته التي يعانى منها، ويسقط ما بنفسه من انفعالات تجاه الكبار- والتي لا يستطيع إظهارها خوفًا من العقاب- على لعبه.

ويمكن للمعالج ملاحظة سلوك الأطفال المشكلين أثناء لعبهم، وملاحظة التفاعل الاجتماعى بينهم، وكيفية معاملة أدوات اللعب، وملاحظة الأحاديث والانفعالات التي تصاحب اللعب، وملاحظة أسلوب تعبير الطفل عن رغباته وحاجاته ومخاوفه ومشكلاته، وخاصة في حالة التكرار الزائد، وملاحظة أنماط السلوك الجانح كالسرقة والعدوان، والعنف، وملاحظة اضطرابات سلوكية أخرى مثل اضطرابات الكلام... إلخ. وحين يتوحد الطفل أثناء اللعب مع أحد أفراد الأسرة من اللعب، فإن المعالج يستطيع تصور المناخ الانفعالى للأسرة، والاتجاهات العائلية، وأساليب المعاملة الوالدية.

وللتعبير الرمزى للعب أهمية كبيرة في العلاج باللعب، حيث يوجه الاهتمام إلى التعبير الرمزى عن طريق القصص التي يقصها الطفل، وعادة ما تكون عن موقفه مع والديه وإخوته ورفاقه، وعن مدى تعلقه العاطفى بهم.

ويستفيد المعالج من عملية التشخيص باللعب في معرفة : سن الرفاق، وعدم الاستمتاع باللعب، والعدوان على اللعب، والقيادة والتبعية في اللعب، والحوار القائم بين الطفل ولعبته، والتعبير بالرسم والألوان.

وتستخدم اختبارات اللعب الإسقاطية كوسيلة هامة في عملية التشخيص حيث يستخدم لعب ودمى مقننة ومواقف محددة. وتوجد نماذج متنوعة لمثل هذه الاختبارات الإسقاطية مثل اختبار المنظر (الذى يتخيله الطفل وينفذه باللعب).

استخدام اللعب في العلاج:

يعتبر اللعب أسلوبًا علاجيًا هامًا للأطفال المشكلين والمضطربين نفسيًا،

وذلك بإتاحة الفرصة للمعالج عن طريق الملاحظة أثناء اللعب، وتيسير ضبط وتوجيه سلوك الطفل.

وأثناء جلسة العلاج باللعب، يعطى الطفل أدوات اللعب، ويترك له اختيار ما يريد اللعب به، ويتاح له فرصة العزف على آلة موسيقية مثلاً.

وتتكون العلاقة العلاجية بين المعالج والطفل منذ اللحظة الأولى لاصطحابه إلى حجرة اللعب، مع مراعاة العلاقة العلاجية التى تتسم بالتسامح والعطف والمودة والثقة.

ويعتبر العلاج باللعب فرصة لنمو الطفل فى مناخ يساعد على التعبير والانطلاق بحرية، وإتاحة فرصة السلوك دون لوم أو سيطرة أو تدخل أو عقاب.

ويتخذ المعالج اللعب كموقف تعليمى إذا تطلب الموقف ذلك.

وفى بعض الحالات يشارك المعالج الطفل لعبه. وقد يتخذ موقفًا إيجابيًا فينضم للعبة معينة ويبدأ هو باللعب مشجعًا الطفل على المشاركة، وهنا يعكس المعالج مشاعر الطفل ويوضحها له حتى يدرك نفسه ويحدد إمكاناته ويحقق ذاته دون الاعتماد على المعالج.

وقد يكون اللعب حراً حيث يترك الطفل يلعب بما يشاء من اللعب التى يريدها. وهنا يكتفى المعالج بتهيئة المناخ المناسب للعب دون اشتراكه فيه.

ويلاحظ أن اللعب وأدوات اللعب تثير الطفل فتجعله يتكلم أو يمثل خبراته وصراعاته بطريقة درامية، مما يتيح فرصة التعبير والتنفيس الانفعالى عن التوترات التى تنشأ عن الصراع والإحباط والحرمان، والتنفيس عن الطاقة الزائدة عند الطفل، ويساعد على التدريب والإعداد للمهارات وللحياة المستقبلية.

ويكون المعالج حساسًا لما يقوم به الطفل من أنماط السلوك المختلفة، ويستجيب له بطريقة مناسبة، ويستغل كل فرصة لتنمية وتعليم عادات

سلوكية جديدة بدلاً من العادات غير المرغوبة. وبما أن اللعب يعتبر تعبيراً رمزيًا عن المخاوف اللاشعورية، فإن تكرار اللعب يساعد الطفل على تحمل الخوف، فالألفة بالشيء تذهب الخوف منه.

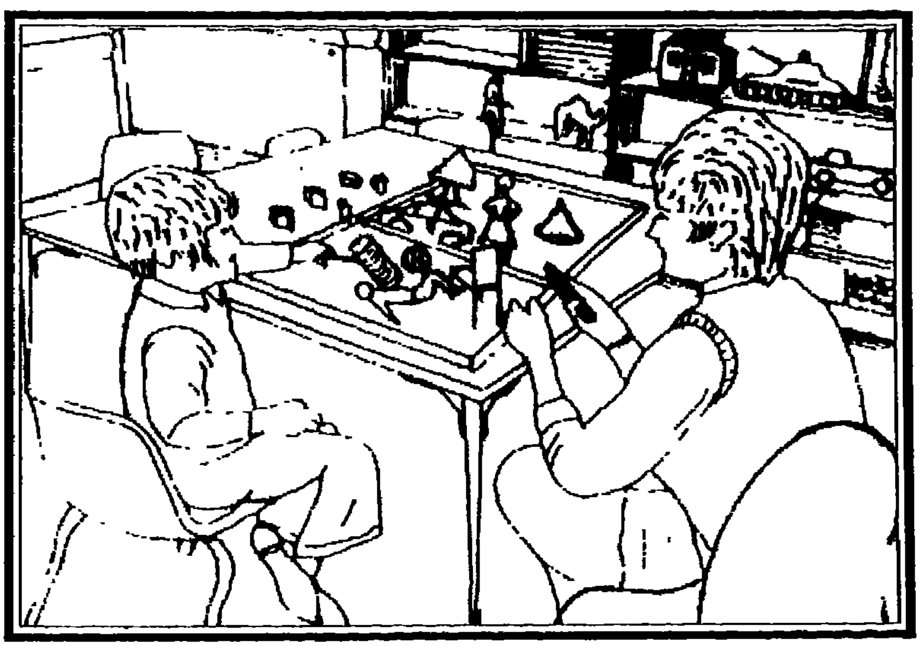
ويجب على المعالج ملاحظة عملية التحويل التى قد يقوم بها الطفل بظهور عدوانه نحو الوالد عليه هو .

وتلعب شخصية المعالج دوراً كبيراً فى نجاح عملية العلاج باللعب وقدرته على فهم الطفل، وقيامه بدوره كمعالج. (انظر شكل ٤١).

ويقيم المعالج النفسى علاقة خاصة مع الطفل فيمثل دور الشخص العادى الذى يسند إليه عدداً من الأدوار التى كانت علاقته الحقيقية بغيره من الأشخاص أو مشاعره نحوهم قد جعلتها سببًا لمتاعبه النفسية.

وقد يشارك الوالدان المعالج فى عملية العلاج باللعب، وذلك عن طريق جلسات مشتركة بين المعالج والوالدين إذا لزم الأمر.

(فيرجينيا أكسلاين Axline، ١٩٧٤، كلارك موستاكس، ١٩٩٠).



شكل (٤١) العلاج باللعب

مزايا العلاج باللعب:

من مزايا العلاج باللعب ما يلى:

* يعتبر اللعب مجالاً فسيحًا للتعبير عن الدوافع والرغبات والاتجاهات والصراعات والإحباط وعدم الأمن والقلق والتنفيس الانفعالى.
* يعطى اللعب فرصة إزاحة المشاعر مثل الغضب والعدوان إلى أشياء بديلة والتعبير عنها تعبيراً رمزيًا، مما يؤدى إلى تخفيف الضغط والتوتر الانفعالى عن الطفل.
* يفيد فى تخفيف مشاعر الذنب والاتجاهات السالبة والعدوانية عند الطفل ووضعها فى حجمها المناسب مما يقلل شدة حساسية الطفل لها.
* يفيد فى استبصار الطفل بمشكلاته ومعرفة أسبابها، وكيفية إيجاد حلول لها.
* يفيد فى اكتشاف الطفل لقدراته وميوله.
* ينمى خبرات جديدة بالنسبة للطفل فى ظروف أفضل.

الفصل السادس عشر

العلاج بالعمل

OCCUPATIONAL THERAPY

تعريف:

هو توجيه طاقة المريض إلى عمل حتى ينصرف عن الانشغال بمشكلاته الخاصة، وبحيث يشعر أثناء قيامه بالعمل بأهميته، ويزداد شعوره بالطمأنينة، والثقة بالنفس، وتخف شحناته الانفعالية. (محمد خليفة بركات، ١٩٧٨).

والعلاج بالعمل عن طريق اشتراك المريض فى عمل مهنى من أهم طرق ووسائل علاج الأمراض النفسية، حيث يكمل العلاج النفسى بكافة طرقه.

أهداف العلاج بالعمل:

يهدف العلاج بالعمل إلى تحقيق ما يلى:

* تحويل طاقة المريض فى عمل مشوق هادف.
* التخلص من التركيز على الانفعالات النفسية التى سببت الاضطراب.
* المساعدة على التعبير عن المشاعر.
* الحد من الميول اللاإجتماعية.
* المساعدة على تركيز الانتباه، والتخلص من أحلام اليقظة.
* شغل وقت المريض، وإثبات قدرته على الإنتاج.
* المساعدة فى عملية التشخيص والعلاج والتأهيل.

قسم العلاج بالعمل:

يعد قسم خاص للعلاج بالعمل فى المؤسسات العلاجية المختلفة.

ويوجد بهذا القسم تخصصات متنوعة كما فى ورش الصناعات اليدوية مثل صناعة الغزل والنسيج، والسجاد، والسلال، والخياطة، وأشغال الإبرة، وصناعة اللعب، والنجارة، والرسم... إلخ.

ويوجه بعض المرضى إلى أعمال فردية، ويوجه البعض الآخر إلى أعمال جماعية.

ويشرف على قسم العلاج بالعمل أخصائيون فى العلاج بالعمل وخبراء للتدريب فى مختلف المهن، يعملون جميعًا على تهيئة مناخ نفسى ملائم يساعد على فعالية العلاج بالعمل. ولا ينظر إلى العائد المادى لهذا القسم، فإنتاجه تغيير سلوك المرضى، وربحه تحقيق شفائهم. (انظر شكل ٤٢).

طريقة العلاج بالعمل:

يقسم المرضى إلى ثلاثة أقسام :

* المرضى الأكفاء المهتمون بالعلاج والمقبلون عليه (دور النقاهة).
* المرضى الأقل اهتمامًا (و هناك أمل فى شفائهم).
* المرضى المزمنون.

وتكون المهمة مع القسم الأول أسهل وأيسر عن القسم الثانى. وتكون النتيجة عادة أفضل فى القسمين الأولين. أما القسم الثالث فيحتاج إلى كل أنواع الإثارة والتشجيع والتبسيط والوضوح فى التعليمات والعمل. ويجب أن يكون بدء العمل سهلاً بسيطًا مشوقًا حتى يلمس المريض إنتاجه وتفوقه مما يزيد استجابته وتقدمه.

ويشترك الأخصائى النفسى مع المعالج بالعمل لتحديد نوع العمل وكميته وأوقاته فى ضوء معرفة شخصية وميول وصحة المريض واضطرابه، بحيث يشتمل أيضًا على عنصر الترويح والتسلية والترفيه، كما يجب إتاحة حرية اختيار نوع العمل للمريض.

ويجب ألا ينتهى العلاج بالعمل بمجرد خروج المريض من المؤسسة العلاجية، ولكن يجب أن يستمر بعد خروجه لضمان عدم انتكاسه.



شكل (٤٢) العلاج بالعمل

دور المعالج بالعمل:

يقوم المعالج بدور هام فى عملية العلاج بالعمل. وهو يشرك عدداً آخر من المعالجين المختصين حتى لا تقتصر مسئولية العلاج كله على المعالج النفسى. ويجب على المعالج أن يشرك مرضاه فى إدراك وفهم أهداف العلاج حتى لا يظن المريض أنه موضع استغلال. كذلك يراعى المعالج دقة وتحديد مدة العلاج ووقته، وتهيئة المناخ النفسى المناسب للعمل فى الإطار العلاجى، وأن يكون حريصاً بالنسبة لما قد يحدث من حالات الطوارئ فى قسم العلاج بالعمل حيث توجد آلات ومعدات قد تستخدم فى العدوان أو الانتحار.

فوائد العلاج بالعمل:

من أهم فوائد العلاج بالعمل ما يلى:

* يشغل وقت المريض ويجنبه السأم والملل.
* يساعد فى التنفيس عن الانفعالات النفسية والتعبير عن المشاعر.
* يجعل المريض أقل قلقًا وتوتراً ولا يحتاج إلى المهدئات.
* يخفف من حدة الاكتئاب والعزلة والمعاناة من الوحدة النفسية والانطواء والاستغراق فى أحلام اليقظة.
* يزيد من ثقة المريض فى نفسه، ويرفع من روحه المعنوية ويبعث الأمل فى الشفاء.
* ينشط المرضى الكسولين وينمى انتباه المريض، ويثير اهتمامه بما حوله ومن حوله، ويجعله أكثر اتصالاً بالواقع.
* يفيد فى عملية التشخيص، حيث يمكن فهم سلوك المريض وأعراضه، ومشاعره واتجاهاته ودوافعه.
* يهيء حياة اجتماعية متفاعلة يسودها التعاون والتنافس الصحى، ويفيد فى عملية التطبيع الاجتماعى للمريض.
* يساعد فى تقدم المريض أثناء العلاج، حيث يتخلص من دوافع العدوان أو النكوص، ويحقق قسطًا من تكامل الشخصية، ويجعل المريض أكثر تقبلاً لأنواع العلاج الأخرى.

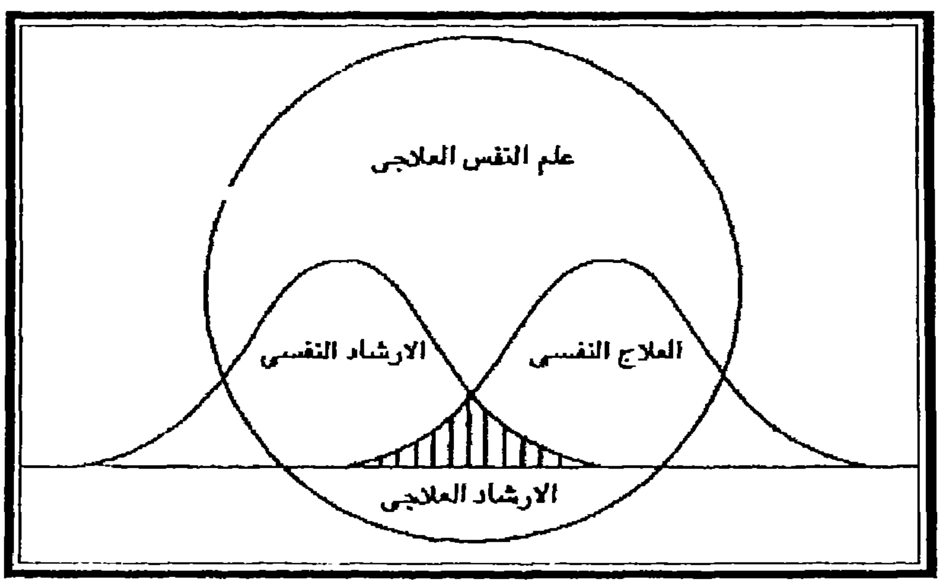
(حامد زهران، ١٩٩٧).

الفصل السابع عشر
الإرشاد العلاجي
CLINICAL COUNSELLING

تعريف الإرشاد العلاجي:

يعتبر الإرشاد العلاجي مجالاً مشتركًا بين العلاج النفسي وبين الإرشاد النفسي. (انظر شكل ٤٣).

والإرشاد النفسي بصفة عامة هو عملية بناءة تهدف إلى مساعدة الفرد لكي يعرف ذاته ويدرس شخصيته ويعرف خبراته ويحدد مشكلاته وينمي إمكاناته، ويحل مشكلاته في ضوء معرفته، ورغبته وتعليمه وتدريبه، لكي يصل إلى تحديد وتحقيق أهدافه، وتحقيق الصحة النفسية والتوافق شخصيًا وتربويًا ومهنيًا وزواجيًا وأسريًا.



شكل (٤٣) الإرشاد العلاجي

والفرق الرئيسى بين الإرشاد النفسى والعلاج النفسى هو فرق فى الدرجة وليس فى النوع، وفرق في العميل وليس فى العملية. فالعملية



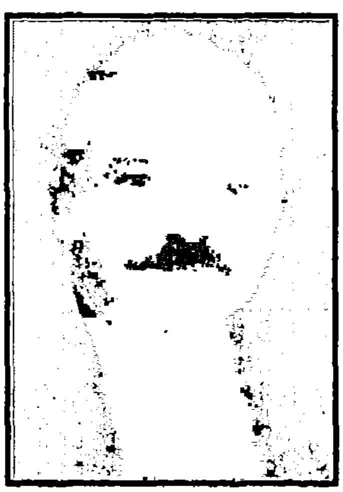
شكل (٤٤) كارل روجرز

واحدة، ولكن العميل فى الإرشاد أقرب إلى الصحة والسواء من زميله فى العلاج.

والإرشاد العلاجى هو مساعدة المريض على اكتشاف نفسه وفهم وتحليل ذاته ومشكلاته الشخصية والانفعالية والسلوكية وحل المشكلات وتحقيق التوافق والصحة النفسية، ويهدف إلى دراسة الشخصية، وتوجيه الحياة الوجهة السليمة . ويحتاج إليه الشخص العادى الذى يعانى من مشكلات الحياة اليومية، وكذلك الفئات الخاصة لحل مشكلاتها. وتتضمن خدمات الإرشاد العلاجى كل إجراءات عملية الإرشاد مع استخدام طرق الإرشاد المناسبة، وخدمات مجالات الإرشاد الأخرى، وحل المشكلات الشخصية والانفعالية. (حامد زهران، ١٩٩٨).

ومن رواد الإرشاد العلاجى كارل روجرز Rogers . ومن رواد الإرشاد النفسى بصفة عامة والإرشاد العلاجى بصفة خاصة فى مصر حامد زهران.

العلاج النفسى والإرشاد العلاجى:



شكل (٤٥) حامد زهران

العلاج النفسى والإرشاد العلاجى توأمان متشابهان وليسا متماثلان، وأوجه الاتفاق بينهما كثيرة على الرغم من وجود بعض عناصر الاختلاف.

وفيما يلى أهم عناصر الاتفاق بين العلاج النفسى والإرشاد العلاجى:

* كلاهما خدمة نفسية متخصصة من أهدافها تحقيق التوافق والصحة النفسية .

* المعلومات المطلوبة لدراسة الحالة ووسائل جمع المعلومات واحدة فى كل منهما.
* يشتركان فى الأسس التى يقومان عليها، وفى الأساليب المشتركة مثل المقابلة ودراسة الحالة... إلخ.
* استراتيجياتهما واحدة وهى: التنموية، والوقائية، والعلاجية.
* إجراءات عملية العلاج والإرشاد واحدة فى جملتها.
* يلتقيان فى الحالات الحدية بين السوية واللاسوية أو بين العاديين والمرضى.
* يضم علم النفس العلاجى كلا من الإرشاد العلاجى والعلاج النفسى.
* المعالج النفسى والمرشد النفسى، لا يخلو منهما عيادة نفسية أو مركز إرشاد نفسى.
* يجمع بينهما «إرشاد الصحة النفسية» Mental Health Counselling.

(حامد زهران، ١٩٩٨).

أما عن عناصر الاختلاف بين العلاج النفسى والإرشاد العلاجى فأهمها ما يلى:

* يهتم العلاج النفسى بمرضى الذهان والعصاب وذوى المشكلات الانفعالية الحادة، بينما يهتم الإرشاد العلاجى بالأسوياء والعاديين وأقرب المرضى إلى الصحة، وأقرب المنحرفين إلى السواء.
* يهتم العلاج النفسى بالمشكلات الأكثر خطورة وعمقًا والتى يصاحبها قلق عصابى، بينما يهتم الإرشاد العلاجى بالمشكلات الأقل خطورة وعمقًا والتى يصاحبها قلق عادى.
* يركز العلاج النفسى على اللاشعور، بينما فى الإرشاد العلاجى يكون حل المشكلات على مستوى الوعى.
* فى العلاج النفسى يكون المعالج مسئولاً أكثر عن إعادة وتنظيم بناء

الشخصية، بينما في الإرشاد العلاجي يعيد العميل تنظيم وبناء شخصيته هو.

* في العلاج النفسي يكون المعالج نشاطاً ويقوم بدور أكبر، بينما في الإرشاد العلاجي يكون العميل أكثر نشاطًا ويتحمل مسئولية الاختيار والتخطيط واتخاذ القرارات لنفسه وحل مشكلاته.
* في العلاج النفسي يعتمد المعالج أكثر على المعلومات الخاصة بالحالات الفردية، بينما في الإرشاد العلاجي يستخدم المرشد المعلومات المعيارية في دراسة الحالة.
* العلاج النفسي يستغرق وقتًا أطول، وبينما الإرشاد العلاجي قصير الأمد عادة.

الحاجة إلى الإرشاد العلاجي:

يعاني الفرد من بعض المشكلات الشخصية والانفعالية في حياته اليومية التي لا تصل إلى درجة المرض النفسي، ويجب الاهتمام بحل هذه المشكلات قبل أن تتطور إلى عصاب أو ربما إلى ذهان.

ويدرك بعض الناس في وقت من أوقات حياتهم أن سلوكهم مضطرب ويعوق حياتهم العادية ويؤثر في تفاعلهم الاجتماعي، وهؤلاء يحتاجون لمن يساعدهم في حل مشكلاتهم بطريقة علمية وفنية متخصصة على مستوى علاجي.

المشكلات التي يتناولها الإرشاد العلاجي:

يتناول الإرشاد العلاجي المشكلات التي تعوق توافق الفرد وتسبب عدم تمتعه بالصحة النفسية، مما يجعله يحتاج إلى إرشاد علاجي متخصص. ويهتم الإرشاد العلاجي بالمشكلات الشخصية والانفعالية والسلوكية والتوافقية.

ومن المشكلات التي يهتم بها الإرشاد العلاجي ما يلي:

* **المشكلات الشخصية:** مثل الانحرافات الجنسية كما في الجنسية المثلية

والبغاء، والإفراط الجنسي، والبرود الجنسي، والعنّة، والاستعراض الجنسي، والسادية والماسوكية، والاحتكاك الجنسي، وهتك العرض، والعصاب الجنسي.

* **اضطرابات الشخصية**: مثل الانطواء والعصابية والخضوع واللامبالاة والسلبية والتشاؤم.
* **المشكلات الانفعالية**: مثل المخاوف المرضية، والقلق، والغيرة، والاكتئاب، واضطرابات أخرى مثل: التناقض الانفعالى، وضعف الثقة فى النفس، والحساسية النفسية.
* **مشكلات التوافق** : مثل سوء التوافق النفسى (الشخصى والاجتماعى والمهنى والزواجى والأسرى)، وتحقير الذات والشعور بالإثم ونقص تحمل المسئولية.
* **المشكلات السلوكية**: مثل اضطرابات العادات، واضطرابات الغذاء، واضطرابات الإخراج، واضطرابات النوم... إلخ.

خدمات الإرشاد العلاجي:

يعتبر الإرشاد العلاجي مجالاً تطبيقيًا لكل ما يتم من إجراءات عملية العلاج والإرشاد النفسى.

وفيما يلى أهم خدمات الإرشاد العلاجي:

* استخدام طرق الإرشاد المناسبة، ومنها : الإرشاد المباشر وغير المباشر، والإرشاد الفردى والإرشاد الجماعى، والإرشاد الدينى، والإرشاد السلوكى، والإرشاد باللعب، والإرشاد وقت الفراغ... إلخ.
* تقديم بعض خدمات مجالات الإرشاد الأخرى، ومنها: الإرشاد الزواجي، والإرشاد الأسرى، والإرشاد التربوى، والإرشاد المهنى.
* حل المشكلات الشخصية والانفعالية : وتقديم المساعدة اللازمة لحلها عن طريق المشاركة الانفعالية، وتأكيد الذات، وإشباع الحاجات، وتسهيل عملية التنفيس والتفريغ والتطهير الانفعالى.

الفصل الثامن عشر

العلاج العقلانى ـ الانفعالى

RATIONAL - EMOTIVE TEERAPY "RET"

مقدمة:

العلاج العقلانى ـ الانفعالى طريقة حديثة من طرق العلاج النفسى.

ويقرر ألبيرت إليس Ellis أن سلوك الفرد فى موقف معين هو خليط من العقلانية واللاعقلانية فى آن واحد، وذلك لأن الأفراد يسلكون فى مواقف الحياة المختلفة وفقًا لما يدركون ويعتقدون نحو موقف معين، ولذلك فإن الاضطراب فى الانفعالات ينتج عادة عن الاضطراب فى الإدراك، وعدم منطقية التفكير.

وتقوم الدعائم النظرية للعلاج العقلانى الانفعالى على الفرض القائل إن التفكير والانفعال الإنسانى ليسا بعمليتين متباينتين أو مختلفتين، وإنما تتداخلان بصورة قوية.

والانفعالات الإنسانية الموجبة مثل مشاعر الحب أو الابتهاج غالبا ما ترتبط أو تنجم عن جمل تم استدخالها، ويصوغها الفرد فى صورة مماثلة للعبارة «هذا حسن بالنسبة لى»، وأن الانفعالات الإنسانية السالبة مثل مشاعر الغضب أو الاكتئاب مرتبطة بجمل يصوغها الفرد فى صورة مماثلة للعبارة «هذا سىء بالنسبة لى».

وبدون استخدام الكائن البشرى الراشد ـ على مستوى شعورى أو لاشعورى ـ لمثل هذه الجمل التعميمية، فإن الكثير من انفعاله لن يكون له وجود. (عزيز حنا وآخرون، ١٩٩١).

ويقول ألبيرت إليس إن التفكير والانفعال عمليتان مختلطتان غير منفصلتين. فالتفكير يتكون من عناصر غير ذاتية، وهو موقف يتميز باللاتحيزية، أما الانفعال فهو موقف تحيزى تغلب عليه الذاتية فى إدراك الأمور.

ويرى إليس أن ما هو «عقلانى» يمكن أن يصبح «انفعالى»، كما أن الانفعالات يمكن تحت ظروف معينة أن تصبح «فكراً».

والقاعدة الأساسية فى نظرية «العلاج العقلانى ـ الانفعالى» هى أن السلوك الانفعالى للفرد ينتج عن حواره الداخلى، فيما يتولد داخلياً من أفكار فى وجدان الفرد حول موضوع معين، هو الذى يكون مادة انفعالاته نحو هذا الموضوع. فالفرد يفكر بكلمات وجمل ذاتية، ومايكون لدى الفرد نفسه أثناء هذا الحوار الذاتى من مدركات وتصورات هو الذى يكوّن انفعالاته الخاصة، ويُشكل سلوكه فى الموقف.

ومن المعروف أن كل اضطراب انفعالى يبدأ من الداخل. فالجهد العلاجى لابد وأن يبدأ بتغير الأفكار والتصورات والإدراكات الذاتية الخاطئة والتى ينتج عنها الانفعالات السلبية والسلوك المضطرب . (فرج عبد القادر طه وآخرون، د.ت، عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٤).

ومن البحوث والدراسات التى أجريت فى بعض البلاد العربية دراسة إبراهيم على إبراهيم (١٩٨٥) بعنوان : توافق الحياة الزواجية، ودراسة عبد اللطيف عمارة (١٩٨٥) التى أثبتت فاعلية العلاج العقلانى ـ الانفعالى فى علاج الأفكار الخرافية لدى طلاب الجامعة. ودراسة محمد عبد العال الشيخ (١٩٨٦) والتى أثبتت فعالية العلاج العقلانى ـ الانفعالى فى خفض مستوى قلق الامتحان. ومن الدراسات التى أجريت فى بعض الدول العربية دراستى سليمان الريحانى (١٩٨٥، ١٩٨٧) فى فعالية العلاج العقلانى الانفعالى. ومن أمثلة البحوث والدراسات المقارنة، بحث محمد عبد العال الشيخ (١٩٩٠) الذى توصل إلى نتائج من أهمها: أن المصريين أكثر قبولاً للأفكار اللاعقلانية من الأمريكيين، ويرجع ذلك إلى تأثير العوامل الثقافية وأساليب التنشئة الاجتماعية، التى يتعرض لها كل من الطالب الأمريكى والطالب المصرى، وفى البحث ذاته وجد أن الأردنيين أكثر قبولاً للأفكار اللاعقلانية من المصريين، وذلك لاختلاف العوامل المؤثرة فى عملية التنشئة الاجتماعية.

تعريف العلاج العقلانى الانفعالى:



شكل(٤٦) ألبيرت إليس

هو أسلوب جديد من أساليب العلاج النفسى. ورائده هو ألبيرت إليس Ellis . وهو علاج مباشر وتوجيهى يستخدم فنيات معرفية وانفعالية لمساعدة المريض لتصحيح معتقداته اللاعقلانية وتحويل معتقداته اللامعقولة التى يصاحبها خلل انفعالى وسلوكى إلى معتقدات يصحبها ضبط انفعالى وسلوكى. (ألبيرت إليس Ellis، ١٩٧٧).

أهداف العلاج العقلانى الانفعالى:

يهدف العلاج العقلانى ـ الانفعالى إلى تحقيق ما يلى:

* تحديد أسباب السلوك المضطرب من أفكار ومعتقدات غير منطقية.
* مساعدة المريض فى التعرف على أفكاره غير العقلانية التى تسبب سوء توافقه الاجتماعى.
* تمكين المريض من الشك والاعتراض على أفكاره غير العقلانية.
* زيادة اهتمام المريض بنفسه وتقبله لذاته، وتقبله للتفكير العلمى والمنطقى.
* زيادة المرونة لدى المريض، ومحاربة الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية، والخاطئة لديه.
* التخلص من الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية بالإقناع العقلى المنطقى، وإعادة المريض إلى التفكير الواقعى، والتحكم فى انفعالاته عقلانيًا.

نظرية A B C فى العلاج العقلانى الانفعالى:

يتعامل العلاج العقلانى الانفعالى مع المريض المشكل أو العصابى الذى توجد لديه أفكار لا عقلانية أو خرافية، تظهرها خبرة منشطة، وينتج عن نظام معتقداته نتيجة انفعالية، تظهر فى شكل اضطراب انفعالى يتجلى فى شكل سلوك مدمر للذات.

وقد بلور ألبرت إليس نظريته التى يقوم عليها العلاج العقلانى ـ الانفعالى وأطلق عليها اسم نظرية «A B C».)(ألبيرت إليس Ellis، ١٩٧٧).

أما «A» فتعنى Activating Experience ومعناها «الخبرة المنشطة»، وهى عادة حادث (Act) أو خبرة صادمة كطلاق أو رسوب أو وفاة «هنا والآن»، يتم إدراكها فى مناخ غير عقلانى، وبذلك تكون الخبرة المنشطة خبرة لا عقلانية.

أما «B» فتعنى Belief System ويقصد بها «نظام معتقدات» لا عقلانى مدمر للذات، وكل خبرة يوجد حولها جمل داخلية ومعتقدات منها معتقدات لا عقلانية تغمى الفرد.

أما «C» فتعنى Consequence أى «النتيجة الانفعالية» التى يشعر بها الفرد نتيجة للخبرة، وتكون مناسبة لنظام المعتقدات. فإذا كان نظام المعتقدات لا عقلانى كانت النتيجة اضطراب انفعالى وخلل سلوكى كما فى حالات القلق والاكتئاب.

مسلمات العلاج العقلانى الانفعالى:

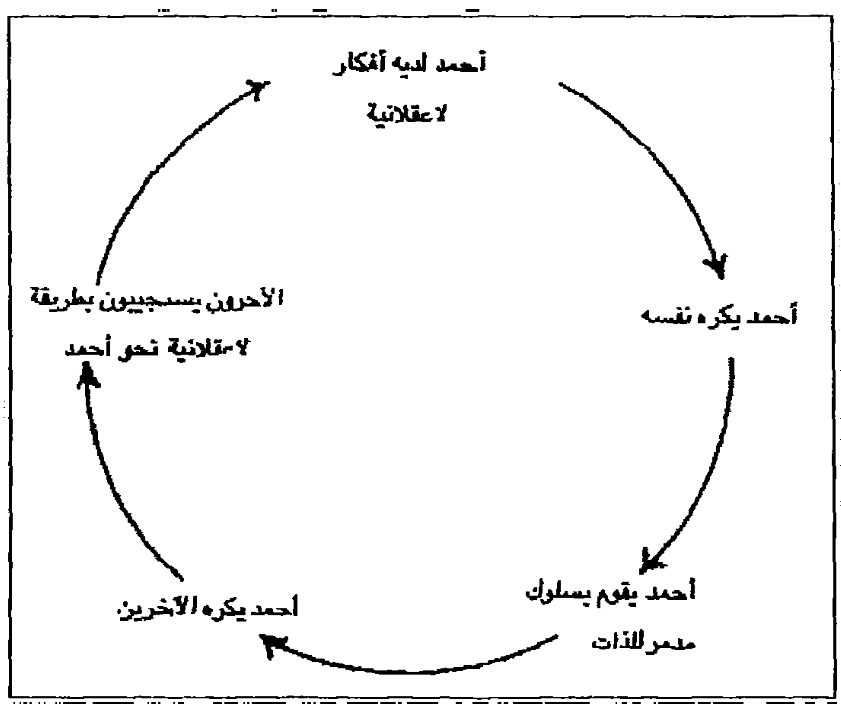
يستند العلاج العقلانى ـ الانفعالى إلى عدة مسلمات تساهم فى تفسير سلوك الإنسان، واضطرابه، ونقص سعادته، وفيما يلى هذه المسلمات.

* التفكير والانفعال جانبان لزاوية واحدة، وكلاهما يصاحب الآخر فى التأثير والتأثر.
* يكون الإنسان عقلانيًا، أو غير عقلانى أحيانًا، وحين يفكر ويسلك بطريقة عقلانية يكون فعالاً وسعيدًا، وحين يفكر ويسلك بطريقة غير عقلانية يكون غير كفء وغير سعيد.
* ينشأ التفكير غير العقلانى من خلال التعليم المبكر غير المنطقى، حيث أن الفرد يكون مستعدًا نفسيًا لاكتساب التفكير غير العقلانى من الأسرة أو الثقافة أو البيئة .
* يتميز الإنسان بأنه يفكر دائمًا، وأثناء التفكير يصاحبه الانفعال، وحيث

يوجد التفكير غير العقلانى، يوجد الاضطراب الانفعالى . (انظر شكل٤٧).

* يؤثر التزمت الدينى، وعدم التسامح، و مشاعر الدونية، والتفكير الخرافى بدرجة كبيرة فى إحداث الاضطراب الانفعالى.
* ينشأ العصاب نتيجة للأفكار والمعتقدات اللاعقلانية واللامنطقية والخرافية.
* يجب أن تواجه وتهاجم الأفكار الخرافية والمعتقدات اللاعقلانية بالمعرفة والإدراك والتفكير العقلانى المنطقى.

(ألبيرت إليس Ellis، ١٩٧٣).



شكل (٤٧) دائرة التفكير اللاعقلانى

فنيات العلاج العقلانى الانفعالى:

يستخدم العلاج العقلانى ـ الانفعالى فنيات رئيسية لتحقيق أهدافه وهى:

فنيات خبرية انفعالية : Experiential Emotive Techniques

وهى الفنيات التى تتعرض لمشاعر المريض وأحاسيسه وردود فعله تجاه المواقف والمثيرات المختلفة ، وخبراته السابقة خاصة ما يتعلق منها بمشكلاته.

فنيات سلوكية : Behaviouristic Techniques

وهى الفنيات التى تساعد على تخلص المريض من السلوك غير المرغوب أو تعديله وتغييره إلى سلوك مرغوب وتدعيمه.

فنيات معرفية : Cognitive Techniques

وهى الفنيات التى تساعد المريض على أن يغير أفكاره وطريقة تفكيره، غير العقلانية، وفلسفته غير المنطقية وغير العلمية، وأن يستبدل مكانها أفكاراً وطريقة تفكير عقلانية وفلسفة منطقية علمية.

فنيات أخرى:

وهى فنيات متعددة مثل: الدعاية والدعاية المضادة، والتشجيع والحث والإقناع، والتلقين والإيحاء والتعزيز، والتدريب التوكيدى فى المواقف الفعالة، والمواجهة الشخصية والتدعيمية، والتحصين التدريجى، والمواجهة المباشرة، والإشراطات الفعالة، وتعليم المنطق والسببية، وأسلوب التفكير العلمى والاستدلالى، وقواعد السلوك الملائم، ولعب الأدوار، والمواجهة الدرامية والمرح من خلال المحاضرات والمناقشات الجماعية.

(ألبيرت إليسEllis، ١٩٨٢).

ويضيف سليمان الريحانى وآخرون (١٩٨٩) أن المعالج العقلانى الانفعالى أمامه فرصة استخدام فنيات مثل:

- العلاج التعبيرى ـ الانفعالى Expressive - emotive.
- العلاج بالمساندة النفسيةSupportive.
- العلاج الاستبصارى ـ التأويلى Insight - interpretative

ويذكر صلاح الدين عبدالقادر (١٩٩٩) فنيات أخرى، مثل:

- الواجبات المنزلية، حيث يكلف المريض ببعض الواجبات المنزلية للقراءة (علاج بالقراءة)، والقيام بأنشطة عقلية وانفعالية وسلوكية.
- التخيل العقلانى الانفعالى، حيث يتم التدريب علي تغيير الانفعالات السالبة إلى موجبة، بتخيل حوار بين العقلانية وغير العقلانية.

إجراءات العلاج العقلانى الانفعالى:

توجد أساليب عديدة للتحكم فى الانفعال، مثل: الوسائل الكهربائية والكيميائية، والفنيات الحسحركية، وأساليب الإقناع المنطقى والعقلانى، وفيما يلى خطوات عملية العلاج العقلانى الانفعالى:

* تحقيق علاقة طيبة مع المريض لكسب ثقته وجعله يتقبل المعالج، ويقتنع بكلامه ويحرص على العلاج ويستمر فيه.
* شرح المريض لأعراضه المرضية، واستجابته الشخصية لهذه الأعراض فى الماضى والحاضر، وعلاقتها بما يفعله الآن، وما يشعر به حاليًا «هنا والآن»، ومساعدته على إبراز مشاعره وأفكاره الداخلية إلى حيز انتباهه وشعوره مع تحديد المعتقدات اللامعقولة والأفكار الخرافية والمعلومات الخاطئة.
* إظهار عدم منطقية وعدم عقلانية ما يقوله المريض لنفسه، وتأكيد المعالج لذلك، وتأكد المريض من أن ذلك سبب اضطرابه ومرضه، ومن الممكن تغيير طريقة تفكيره.
* مهاجمة المعتقدات والأفكار غير العقلانية وغير المنطقية عن طريق «المجادلة» "Dispute"D" حيث يتم دحض المعتقدات غير العقلانية بطريقتين:

- الدعاية المضادة والمعارضة المباشرة والمستمرة للخرافات والمعتقدات الخاطئة التى سبق أن تعلمها المريض والتى يحتفظ بها فى الوقت الحالى.

- الهجوم على المعتقدات اللامعقولة بالإقناع، وتحويلها من اللامعقول إلى المعقول عن طريق المعتقدات العقلانية والتفكير العلمى والمنطقى، وتشجيع المريض وإقناعه وحثه على عدم القيام بسلوك كان يقوم به سابقًا فى ضوء الأفكار غير العقلانية أو الخرافية.

* استخدام فنيات أخرى مساعدة تؤدى إلى أن يعارض المريض أفكاره الخاطئة غير العقلانية ويكذبها، ويعيد صياغتها، ويعمل على إزالة وتقليل النتائج الانفعالية اللاعقلانية، ويتحكم عقلانيًا فى انفعاله، ثم فى سلوكه.

* استخدام الأساليب التعليمية النشطة المناسبة لتعليم المريض كيف يفكر بطريقة عقلانية ومنطقية وعلمية، واتباعه فلسفة عقلانية للحياة، وتجنب الأفكار والمعتقدات غير العقلانية.

* استخدام أشكال متنوعة من أساليب العلاج العقلانى ـ الانفعالى، مثل:

- التعليم العقلانى ـ الانفعالى.
- التدريب العقلانى ـ الانفعالى.
- السلوك العقلانى ـ الانفعالى.
- الاطلاع العقلانى ـ الانفعالى.
- المواجهة العقلانية.
- العلاج العقلانى ـ الانفعالى السماعى.

(ألبيرت إليس Ellis، ١٩٧٤).

وهكذا يتم الحصول على «أثر» Effect"E" ذو شقين: أثر معرفى، وأثر سلوكى، حيث تصبح المعتقدات غير العقلانية معتقدات عقلانية، وتصبح النتائج غير العقلانية نتائج عقلانية، ويكون الأثر النهائى هو تحقيق الصحة النفسية. (حامد زهران، ١٩٩٧).

وهكذا يلاحظ أن إليس طور نظرية ABC لتصبح ABCDE، ويؤكد أن

أحد أهم فنيات العلاج هو تعلم نموذج ABCDE الذى يتلخص فى أن الأحداث النشطة (A) المؤسفة تؤدى إلى الانفعال والانزعاج بمعتقدات وأفكار (B) تسبب الاضطراب، ويجب تعلم مناقشتها وتفنيدها ودحضها (D) حتى يتم الوصول إلى سلوكيات جديدة وفعالة (E).

ومن التطورات التى شهدها العلاج العقلانى ـ الانفعالى، إضافة فنيات العلاج السلوكى، لوجود تفاعل دينامى بين ما هو معرفى وما هو انفعالى وما هو سلوكى. وأصبح الاسم المستخدم هو «العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى» Rational Emotive Behavioural Therapy.

استخدامات العلاج العقلانى ـ الانفعالى:

تتعدد استخدامات العلاج العقلانى ـ الانفعالى، وفيما يلى أهمها:

* علاج مرضى العصاب (القلق، والخواف، والاكتئاب، والهستيريا).
* علاج المضطربين سلوكيًا . والجانحين، والسيكوباتيين، وحالات الإدمان.
* حالات المشكلات الزواجية والأسرية، ومشكلات الشباب.

(عبد اللطيف عمارة، ١٩٨٥).

* حالات الخرافات الشائعة عن النمو النفسي. (إجلال سري، ١٩٨٤).

مزايا العلاج العقلانى ـ الانفعالى:

من أهم مزايا العلاج العقلانى ـ الانفعالى ما يلى:

* مناسب لمجتمعنا حيث المعتقدات اللاعقلانية والأفكار الخرافية كثيرة.
* يستخدم فنيات سهلة مبسطة مثل القدرة على الاقتراح والإقناع بما يناسب عقل ومنطق المريض وثقافته.

* يسعى للكشف عن الأفكار الخرافية والمعتقدات اللاعقلانية التى تكمن وراء العصاب ومهاجمتها.
* يسعى لتغيير فكرة المريض عن نفسه، وفحص ما يقوله لنفسه داخليًا، ويعدله، ويحل محله الفكرة الصحيحة.
* يتعرض للأسئلة والجمل الموجودة داخل المريض، ويمكنه من التخلص منها.
* يعتبر أسلوبًا مثاليًا لتغيير المعتقدات غير العقلانية وغير المنطقية وإبدالها بأخرى عقلانية ومنطقية.
* يحصن المريض ضد الأفكار غير العقلانية الأخرى التى يحتمل أن يتعرض لها مستقبلاً، ويكسبه أفكاراً عقلانية تحقق له السعادة .

(ألبيرت إليسEllis، ١٩٨٢).

عيوب العلاج العقلانى الانفعالى:

من أهم عيوب العلاج العقلانى ـ الانفعالى ما يلى:

* تعميم أفكار بذاتها على أنها لاعقلانية عبر كل الثقافات يتناقض مع الخصوصية الثقافية لكل مجتمع، بل مع الخصوصية الثقافية الفرعية داخل الثقافة الواحدة.
* الادعاء بأن أفكاراً لاعقلانية هى لاعقلانية على نحو مطلق.
* يعتبر نوعًا من غسيل المخ أو العلاج التسلطى.
* يعد شكلاً إيحائيًا ظاهريًا للعلاج النفسى، يخفق فى الوصول إلى الأفكار والمشاعر اللاشعورية العميقة.
* يؤثر فقط فى إزالة الأعراض دون علاج الاضطرابات الانفعالية التى يعانى منها المريض.
* يتعامل بسطحية مع المرضى، ليتوافقوا مع مواقف الحياة البسيطة.
* لا يصلح للاستخدام مع الأفراد ذوى الذكاء المحدود.

الفصل التاسع عشر

العلاج بالواقع

REALITY THERAPY

يعتبر العلاج بالواقع ثورة على التحليل النفسى أعلنها ويليام جلاسر Glasser سنة ١٩٦٥، حين ظهر كتابه «العلاج بالواقع» وحين أنشأ معهد العلاج بالواقع سنة ١٩٦٨ فى لوس أنجلوس بأمريكا.

مفاهيم أساسية:

يقوم العلاج بالواقع على ثلاثة مفاهيم أساسية يجب تعلمها، وهى:

* **الواقع**: Reality وهو الخبرات الحقيقية، وهو ما ليس مثالاً أو خيالاً. ويتضمن تقبل السلوك ونتائجه، وتقبل الواقع وعدم إنكاره. ومن الأهداف الأساسية تنمية الواقع.
* **المسئولية** : Responsibility وهى قدرة الفرد على إشباع حاجاته، وإنجاز ما يشعره بقيمة الذات، والقيام بالعمل الجاد (الجدية) والأمانة، والصدق، والنزاهة. ومن أهم الأهداف زيادة النضج والضمير الحى وتحمل المسئولية.
* **الصواب والخطأ** :Right and Wrong وهو مبدأ أخلاقى هام يحدد السلوك السوى وغير السوى بهدف تحقيق حياة اجتماعية ناجحة.

مسلمات أساسية:

يستند العلاج بالواقع إلى مسلمات أساسية أهمها:

* السلوك إما صح أو خطأ (حسب المعايير السلوكية).
* المشكلات جميعًا سببها نقص القدرة على إشباع الحاجات الأساسية ، مما يؤدى إلى المعاناة.

* الحاجات الأساسية هي:

- الانتماء أو الاندماج مع شخص أساسى على الأقل (الوالدان، الأصدقاء، الزوج ، الأولاد ، الأحفاد... إلخ).
- الحب و(المحبة).
- الاحترام (والشخص الجدير بالاحترام هو الملتزم بالمعايير، والسلوك المعيارى، والأخلاقى والقيمى).
- تقدير الذات (قيمة الذات) بالسلوك السوى.
- الحاجات الفسيولوجية.

* العلاج جزء من العملية التربوية.

أسباب اضطراب السلوك:

من أهم أسباب اضطراب السلوك ما يلى:

* خلل التنشئة الاجتماعية.
* عجز الفرد أو فشله فى قيامه بأدواره الاجتماعية.
* عدم إشباع الحاجات .
* ارتفاع المعايير الأخلاقية للمريض بدرجة غير واقعية.
* انخفاض الأداء (قصور فى الخلق والسلوك).
* ضعف أو انعدام المسئولية (السلوك غير المسئول).
* إنكار الواقع أو إخفاؤه (نقص الواقعية أو فقدان الاتصال بالواقع).

الأعراض:

من أهم أعراض اضطراب السلوك التى يمكن التغلب عليها باستخدام العلاج بالواقع ما يلى:

* نقص القدرة على إشباع الحاجات الأساسية.

* إنكار واقع العالم الحقيقى (من حول الشخص) (جزئيًا أو كليًا). فالواقع مثلاً فيه قانون فيخرج عليه، والواقع ليس مليئًا بالمتآمرين على شخص ولكنه يدعى ذلك، والواقع يحتاج إلى مواجهة وحل مشكلات بدلاً من الاكتئاب أو الانتحار.

* ومن الأمثلة: الخواف (تشويه للواقع) ، والاكتئاب (هروب من الواقع)، والجناح (خروج على الواقع)، والفصام (إنكار للواقع)، وذهان الشيخوخة (عزلة عن الواقع)، والانحراف الجنسى (محاولة غير واقعية لإشباع حاجة الحب).

إجراءات عملية العلاج بالواقع:

هى فى جوهرها عملية تعليم وتعلم، من أهم محاورها إشباع الحاجات، وتتلخص فيما يلى:

* إقامة علاقة علاجية إنسانية (شخص لشخص) (المعالج والمريض) أساسها الاندماج Involvement والاهتمام وقوامها الثقة والانفتاح والصدق والحقيقة.

* دراسة السلوك الحالى فى ضوء إدراك الواقع، والاعتراف بالواقع، والتعامل مع الواقع (تقبل العالم الحقيقى)، وفى إطار التركيز على الحاضر والعمل للمستقبل من الآن فصاعداً مع التركيز على الشعور.

* تقييم السلوك الحالى ومدى إشباعه للحاجات (فى ضوء المعايير)، تمهيداً لتغييره حتى يشبعها.

* تحديد احتمالات السلوك المشبع للحاجات.

* اختيار وتقرير السلوك المشبع للحاجات (فى العالم الحقيقى) والمحقق للهدف (فى إطار الواقع) بصورة ناجحة، والالتزام Commitment

(تعاقد علاجي) لعمل ما هو واقعي ومسئول، وصواب (واقعي متدرج).

* تقييم النتائج السلوكية لتنفيذ الالتزام.

* إثابة الذات على السلوك الملتزم (الصواب) ، وتصحيح الذات عند ارتكاب الخطأ، وتحسين السلوك إذا كان دون المعايير.

* المثابرة حتى يتحقق الهدف.

(شارلز تومسون وليندا رودولف Thompson & Rudolph، ١٩٨٣، محمد الطيب، ١٩٨١).

هذا، ويستخدم العلاج بالواقع كعلاج فردي وكعلاج جماعي، ينمي روح المسئولية الفردية والجماعية كأساس للعلاج، ويؤكد على تعلم المرضى أفضل الطرق لإشباع حاجاتهم. (محمد عبدالعال الشيخ، ١٩٩٠).

فنيات العلاج بالواقع:

تتعدد فنيات العلاج بالواقع ومنها:

الاندماج:

تقوم هذه الفنية على الفهم الواعي، والتعامل بمسئولية مع المريض. وفي البداية يجب تقبل المريض بما هو عليه من مزايا وعيوب، وبمشاعره الإيجابية والسلبية، أي قبول المريض بواقعه الحالي.

مواجهة السلوك الشائع:

وهو إبلاغ المريض بسلوكياته غير المسئولة، حتى يمكن دفعه للقيام بسلوك أكثر مسئولية، وبالتالي لابد من التعامل مع المريض بفهم وإدراك وإقناع، بحيث يتم مواجهته بحالته المرضية وسوء سلوكه حتى يستطيع أن يتخلى بمسئولية عن هذا السلوك.

تقييم السلوك:

يجب على المعالج أن يعلم المريض ويساعده علي تقييم سلوكه، ونقد ذاته نقداً محايداً ليرى ما إذا كان هذا السلوك يعتبر الأمثال فى تعامله مستقبلاً.

مسئولية السلوك الموجه:

يساعد المعالج المريض على تعلم الطرق الحديثة للتعلم، وذلك من خلال توجيه سلوك المريض فى بعض المواقف التى تقابله ومن خلال تقديم العون والمشورة له حتى يتحمل المسئولية ويبدى تحسنا ملموسا فى تناوله مشكلاته.

التعهد:

يقدم المريض تعهداً إلى المعالج بالكف عن السلوك غير المرغوب الذى يراه المعالج.

رفض الأعذار:

وهنا يرفض المعالج ولايتقبل الأعذار التى يقدمها المريض مهما كانت الأسباب. فالمعالج الذى يقبل أعذار المريض ويتجاهل الواقع أو يسمح له بأن يعزى تعاسته الحالية إلى أحد الأفراد أو إلى الاضطراب الانفعالى، يجعل المريض يشعر بتحسن مؤقت لصالح التهرب من المسئولية.

تجنب العقاب:

يجب على المعالج عدم استخدام العقاب نهائياً حتى لا يعوق المريض عن تقييم سلوكه، وفى المقابل عليه أن يثيبه إذا أدى واجبه والتزم بتعهداته بطريقة إيجابية. (محمد عبدالعال الشيخ، ١٩٩٠).

الفصل العشرون

العلاج بالقراءة

BIBLIOTHERAPY

تعريف:

يطلق عليه البعض «العلاج الكتبى» (عبد الرحمن عيسوى، ١٩٧٩).

والعلاج بالقراءة هو عملية تعلم يتم فيها استخدام مواد مكتوبة وأدبيات للمساعدة فى حل المشكلات وعلاج الاضطرابات النفسية.

وقد أكد ملاك جرجس (١٩٨٦) أهمية الكتب والمكتبة فى علاج الاضطرابات والأمراض النفسية.

القراءة لتحصيل المعلومات:

تستخدم القراءة فى العلاج النفسى لتحصيل معلومات مطلوبة فى عملية العلاج. وعن طريق القراءة يمكن مثلاً إمداد المريض بمعلومات تفيد فى إرشاده المهنى ، وفى التربية الجنسية، والتربية الزواجية . وتستخدم القراءة لتوفير الوقت فى عملية العلاج ، ويتحمل المريض عبء المسئولية.

وعادة يختار المعالج مادة القراءة ، ويقوم باستثارة المريض لقراءتها واختيار الوقت المناسب لذلك، واستثارة دافعيته للقراءة. وتعتبر القراءة بداية لتعليق ومناقشة، ووسيلة للتدريب على مهارات سلوكية مطلوبة فى عملية العلاج.

الوظيفة العلاجية للقراءة:

يفيد العلاج بالقراءة مع بعض المرضى وليس جميعهم، وأفضل المرضى إفادة منه هم الأذكياء، والمثقفون وهواة القراءة.

وأفضل مصادر القراءة المفيدة علاجيًا: السير الشخصية ، والقصص التى تتناول الخبرات البشرية المنوعة مثل : الحياة الأسرية ، والحياة الاقتصادية ، والصراعات، والانفعالات ، والمشكلات. ومن أهم ما تفيد قراءته فى العلاج بالقراءة قراءة الكتب السماوية كالقرآن والإنجيل والتوراة، حيث يأخذ منها المريض أفضل معايير السلوك . كذلك تفيد قراءة الكتب والكتيبات التى تتناول مشكلات النمو، ومشكلات الحياة اليومية ، ومشكلات التوافق. وكل هذه القراءات يربطها المريض بمشكلاته واضطراباته السلوكية.

ومن أفضل وسائل العلاج بالقراءة«الموديول» "Module"، وهو وحدة تعلم ذاتى مصغرة، تتناول موضوعا واحدا، كمفهوم أو مهارة، تضم مجموعة من نشاطات التعلم والتدريب والتقييم، لكى تساعد المتعلم على أن يتعلم أهدافا محددة، فى زمن غير محدد، حيث يسير فيها بسرعته الذاتية. (محمد حامد زهران، ١٩٩٩).

ويفيد العلاج بالقراءة فى جعل المريض أكثر ألفة ببعض المصطلحات المستخدمة فى القياس النفسى، والتوافق النفسى والصحة النفسية ...إلخ. ومن فوائد العلاج بالقراءة أيضًا أنه يستثير التفكير، فالأفكار التى يقرؤها المريض تزيد وعيه بها. ومن فوائد القراءة أيضًا طمأنة المريض أن هناك الكثيرين غيره لديهم مشاعر مماثلة ومشكلات مماثلة لها حلول.

طريقة العلاج بالقراءة:

من الإجراءات المميزة لطريقة العلاج بالقراءة ما يلى:

* تحديد المادة التى يقرؤها المريض، ويكون ذ لك فى ضوء أهداف عملية العلاج، ومع مراعاة عمره، وجنسه ، ومستوى فهمه، وتعليمه، وخبراته، وحاجاته، ومشكلاته، حتى يمكن أن يتوحد مع المادة المقروءة، وأن يستبصر، وأن ينمى أساليب جديدة لحل مشكلاته.

* معرفة الكتب والكتيبات والنشرات المطلوب قراءتها، وتحديد الأجزاء المطلوبة بما يتناسب مع مستوى فهم المريض وعمره وجنسه وخبراته وتعليمه، وهذه تختار من بين قوائم الكتب والكتيبات والنشرات المناسبة لدى المعالج.
* تقديم القراءة على أنها مقترحات وليست إلزامًا، مع زيادة دافعية المريض وتشجيعه على القراءة ، وتأكيد الفائدة العلاجية للمادة المقروءة ، وتوجيه المريض إلى الاعتدال وعدم الإسراف فى القراءة.
* اللجوء إلى القراءة كعنصر علاجي فى الوقت المناسب ، وذلك بعد تقديم مناسب لفائدة القراءة وحين الحاجة إليها.
* مناقشة ما قرأه المريض والتأكد من استفادته مما قرأ ، وإتاحة الفرصة للمريض لتوجيه أسئلة واستيضاح بعض النقاط، وتصحيح بعض المفاهيم والأفكار الخاطئة.
* إتاحة الفرصة لمزيد من القراءة، وذلك بتقديم قوائم مقترحة للقراءة من الكتب والكتيبات والنشرات المعدة خصيصًا لهذا الغرض ، والتى يتبع فى بعضها أسلوب إبراز بعض الفقرات، وهذه عادة تكون متوافرة فى مكتبة العيادة النفسية أو فى قاعة الانتظار . (انظر شكل ٤٨).
(محمد حامد زهران، ١٩٩٩).

مزايا العلاج بالقراءة:

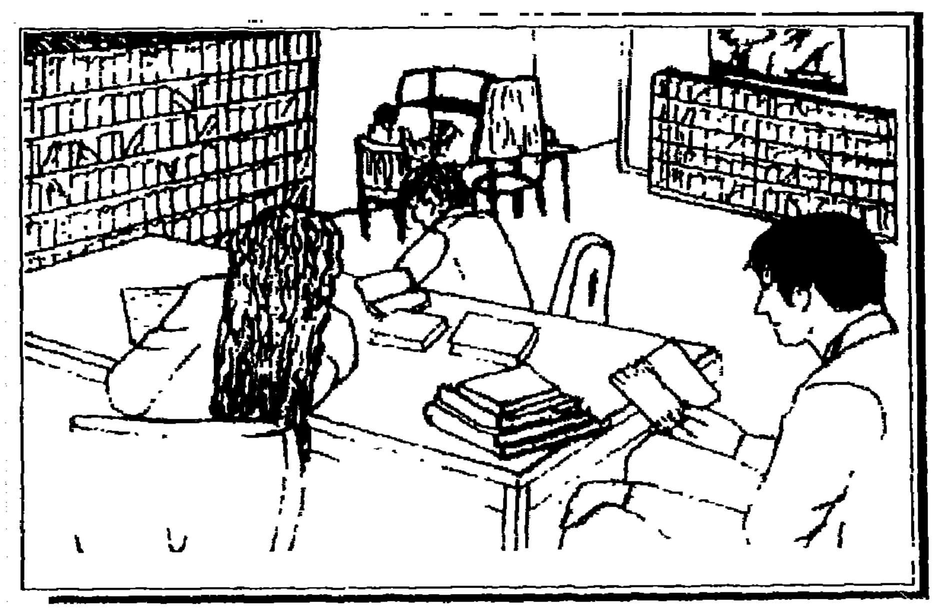
من مزايا العلاج بالقراءة مايلى:
* يصلح لكل الأعمار، ولكل مستويات القدرة.
* يوفر الوقت فى عملية العلاج النفسى.
* يدمج المريض انفعاليا مع المادة المقروءة.
* ينمى رصيد المريض معرفياً.
* يفيد المريض تعليميا، وخاصة إذا تلاه مناقشة جماعية.

موانع استخدام العلاج بالقراءة:

لا ينصح باستخدام العلاج بالقراءة فى الحالات الآتية:

* المرضى الذين يبررون سلوكهم المضطرب عندما يقرؤون عن مثيله، والذين تزيد دفاعاتهم النفسية نتيجة لهذه القراءة.
* المرضى الذين يستعيضون بالقراءة عن متابعة عملية العلاج ويعتقدون أن مشكلاتهم واضطراباتهم يمكن علاجها بالاكتفاء بالقراءة.
* المرضى الذين يعتبرون القراءة هى كل العلاج أو كل المطلوب لحل المشكلات وليست مجرد علاج مساعد.
* المرضى الذين لا يستفيدون عمليًا مما يقرؤون.
* المرضى الذين يزداد قلقهم نتيجة للقراءة عن المشكلات الانفعالية والأمراض النفسية ، فيرون أنفسهم فى كل حالة يقرؤونها، ويظنون أن كل الأعراض المكتوبة توجد لديهم.

(لورانس برامر وايفيرت شوستروم Brammer & Shostrom ، ١٩٧٧).



شكل(٤٨) العلاج بالقراءة

الفصل الحادي والعشرون
العلاج الجشتالتى
GESTALT THERAPY

مقدمة:



شكل (٤٩) فريتز بيرلز

يرتبط اسم العلاج الجشتالتى باسم رائده فريتز بيرلز Perls. ويركز العلاج الجشتالتي على وعى الفرد بخبراته «هنا -والآن» Here and Now .

ويشير فريتز بيرلز Perls (١٩٦١) إلى الفرد ككائن كلي. وهو يقول إن الفرد يصبح فى وضع أفضل عندما يهتم بحواسه إلى جانب عقله. ومعنى هذا أن الجسم والمشاعر يعبران عن الحقيقة أكثر من الكلمات. والعلامات الجسمية مثل: الصداع وآلام المعدة قد تشير إلى أن الفرد يحتاج إلى تغيير فى سلوكه. ويعتقد فريتز بيرلز أن الوعى وحده له قيمة علاجية . وبالوعى الكامل ينمو تنظيم الذات، ويتحكم الشخص ككائن كلى فى سلوكه ويضبطه.

وتبعًا لنظرية الجشتالت فإن مركز الاهتمام هو أفكار ومشاعر الفرد الذى يخبرها فى الوقت الحاضر. والسلوك العادى الصحى يحدث عندما يسلك الفرد ككيان كلي. وبعض الأفراد يقسمون حياتهم ويوزعون انتباههم وتركيزهم على متغيرات عديدة وأحداث كثيرة فى وقت واحد. ومثل هذا التقسيم فى نمط حياة الفرد غير فعّال، حيث ينتج عنه انخفاض الإنتاجية. ونظرة الجشتالت إلى طبيعة البشر إيجابية، فالفرد قادر على تنظيم ذاته ويمكنه تحقيق وحدته وتكامله فى حياته.

ولقد مرّ العلاج الجشتالتي بخطوات كثيرة وعلى فترات. ففي عام ١٩٤٢ كانت البداية الأولى للعلاج الجشتالتي حين كتب بيرلز كتابًا بعنوان «الذات والجوع والعدوان : مراجعة لنظرية فرويد وأسلوبه»، وشمل أوجه النقد التي وجهها إلى التحليل النفسي، كذلك شمل الأفكار الأولى للعلاج الجشتالتي. وفي عام ١٩٥١ أصدر بيرلز وآخرون كتابًا بعنوان «العلاج الجشتالتي: الاستثارة والحيوية والنمو في الشخصية الإنسانية». وفي سنة ١٩٦٩ أصدر بيرلز كتابه العلاج الجشتالتي Gestalt Therapy Verbatim الذي يشمل الكثير من التسجيلات: محاضراته، وعروضه، وورشه العلاجية وما تضمنته من أفكار، ومبادئ العلاج الجشتالتي وفنياته.

والعلاج الجشتالتي لم يبدأ من فراغ، فلقد استمد بعض أصوله وقوانينه من طرق العلاج الأخرى مثل: التحليل النفسي، والعلاج السلوكي ، والعلاج الممركز حول العميل. (بيتروفيسا وآخرونPictrofesa et al، ١٩٧٨، نبيل حافظ ، ١٩٨١).

تعريف العلاج الجشتالتي:

هو طريقة تركز على مساعدة المريض على زيادة وعيه بذاته، وبالمجال الذي يعيش فيه، فتزداد صيغ حاجاته أشكالاً حيوية يعيها، ويعمل على تحقيقها، فيحقق ذاته ويستقر توازنه النفسي والحيوي.

وهو أيضًا اتجاهات علاجية دعمها علم النفس الإنساني الذي يؤمن بقدوة الإنسان على تغيير نفسه، وتنمية شخصيته، وقلة خضوعه في سلوكه للحتمية التي يؤمن بها التحليل النفسي، والسلوكية التقليدية . (نبيل حافظ، ١٩٨١).

الأساس النظري للعلاج الجشتالتي:

يقوم العلاج الجشتالتي على أساس نظرية الجشتالت.

ومن أقطاب هذه النظرية كيرت ليفين Lewin صاحب نظرية المجال الذى يؤكد على العلاقة بين الفرد والمجال، ويرى أن السلوك دالة للمجال القائم (أى العوامل المتفاعلة المتعايشة التى تنتمى للشخص والبيئة، لحظة أو أثناء السلوك).

ويبدأ تحليل السلوك بالموقف ككل ثم يزداد نحو تمييز عناصره المكونة له. ويتصور الفرد جزء من مجال دينامى بحيث نجد أى تغيير يحدث فى جزء من ذلك الشخص أو ذلك المجال يتبدى فى النسق الذى يجمع الفرد بالمجال أو الجشتالت. وحقائق هذا المجال قد تكون موضوعية نستمدها من دراسته، أو قد تكون شخصية نستمدها من الفرد ذاته.

وقد أوضح ليفين أبعاد علاقة الشخص بالبيئة أو المجال وأكد أن البعد الزمانى يتمثل فى الماضى والحاضر والمستقبل من أبعاد علاقة الشخص بالبيئة أوالمجال، إلا أنه ركز على «الحاضر» أو الحقائق المتعاصرة Contem-poraneous Facts باعتبارها الوحيدة التى تفسر السلوك.

وتحدث ليفين عن الحاجات وعن التوترات التى تنشأ نتيجة عدم إشباعها. وقسم ليفين حالات الحاجة إلى ثلاث هى:

- تكافؤ موجب: وينشأ عن حاجة مشروعة مثل الحاجة إلى الطعام والماء.
- تكافؤ محايد: وينشأ عن إشباع الحاجة .
- تكافؤ سلبى: وينشأ عن حاجة سالبة مثل الحاجة إلى الهروب من موقف مخيف.

وقد يتعرض سلوك الفرد فى إشباعه للحاجة لثلاث صور من الصراع: صراع الإقدام والإقدام، وصراع الإقدام والإحجام، وصراع الإحجام والإحجام.

نظرية الشخصية التى يقوم عليها العلاج الجشتالتى:

ويقوم العلاج الجشتالتى على العديد من الافتراضات أهمها:

* الفرد كيان كلى متكامل أجزاؤه (أى جسمه، وانفعالاته، وأفكاره، وإحساساته، وإدراكاته). ولا يمكن فهم أحدها منفصلة أو خارج الشخص ككل. والفرد أيضًا جزء من بيئة ولا يمكن فهمه منفصلاً عنها.
* الفرد يختار كيف يستجيب للمثيرات الداخلية والخارجية، وسلوكه فعل أكثر منه رد فعل. وهو قادر على الاختيار، واتخاذ القرار لأنه يملك الوعى بإحساسه وأفكاره، وانفعالاته، وإدراكاته.
* الفرد لديه القدرة على التحكم فى حياته بفعالية.
* الفرد لا يستطيع أن يخبر الماضى أو المستقبل، وهو يستطيع أن يخبر نفسه فى الحاضر «هنا - والآن» .
* الفرد أساسًا ليس حسنًا ولا رديئًا ، أو ليس خيرًا أو شريرًا.

يضاف إلى ذلك أن القوى الدافعة لنمو الشخصية فى إطار العلاج الجشتالتى هى تحقيق الذات actualization Self (فى الحاضر)، أى أن التمركز هنا على الحاضرedPresent - Centr والتركيز على (هنا - والآن)Here and Now .

وحين ينمو الطفل فإن أول ما يكتشفه هو العالم خارج نفسه، ويكتشف أن هناك مكان يقف عنده وتبدأ بيئته. وخلال عملية النمو يتعلم التفرقة بين «أنا» و «هم» ، ويطلق بيرلز Perls على هذا المصطلح « حد الأنا » -Ego boundary. وحد الأنا يتمايز عن طريق التوحد والاغتراب. والتوحد مع الأسرة أو الجماعة ينتج عنه شعور بالتماسك. والحب فى إطار حد الأنا. والاغتراب - وهو القطب المقابل - يحدث معه شعور بالغربة والصراع، وينتج عنه إدراك ما يحمل تهديدًا. وخلال عملية نمو الشخصية تتكون الذات وصورة الذات. والذات هى واقع الفرد. وصورة الذات هى إدراك الفرد لذاته وإدراك الآخرين له. والإحباط يعتبر عنصرا موجبا فى نمو الذات، فبدون الإحباطات لايكون لدى الفرد حاجة للحركة، والسعى شخصيا. ويلاحظ أن نقص تطابق صورة الذات مع الذات ينتج توتر الفرد.

وتأثر جولدشتين Coldstien بنظرية الجشتالت وحاول تطبيقها فى مجال الشخصية. وهو الذى اقترن اسمه بالتظرية العضوية التى تبدأ بالنظر إلى الإنسان ككل ثم تنطلق نحو تمييز مكوناته. بيد أن هذا لا يعنى فصله عن الكل الذى يضمه، وإنما معناه بحثه فى إطار هذا الكل. ولذا فالشخص - فى النظرية العضوية - وحدة كلية عضوية متكاملة، وأى تفكك فى هذه الوحدة يعنى المرض.

والنظرية العضوية تقسم سلوك الفرد - مع تسليمها بأنه وحدة كلية - إلى ثلاثة أنماط:

= الأداءات: Performances وهى أنشطة إرادية تنبع من الخبرة الواعية.

= الاتجاهات:Attitudes وهى خبرات داخلية ومشاعر وانفعالات.

= العمليات:Processes وهى وظائف جسمية.

ويقول جولدشتين إن الفرد له حاجاته التى يستهدف إشباعها من البيئة التى يعيش فيها وهو فى سبيل تحقيق هذا الهدف يقوم بالعمليات الآتية:

* **عملية الموازنة أو المعادلة:**Equalisation processes وهى أنظمة تستهدف خفض التوتر لكى تجعل الفرد فى حالة اتزان.

* **عمليات التواؤم مع البيئة:** ويقصد بها العمليات التى تستهدف حصول الفرد على ما يريده لإشباع حاجاته.

* **عملية تحقيق الذات:**Self - actulization وتحقيق الذات هو الحافز المسيطر الذى يعمل لخدمة سائر الحوافز، كما أنه يمثل الاتجاه الخلاق فى الطبيعة الإنسانية الذى يجعل الفرد يحرر إمكاناته فى مجال الواقع الفعلى لكى يبتكر ويبدع.

وعملية إشباع حاجة ما تأخذ شكلا ضروريا وهاما أمام الفرد باعتبارها تحدث فى إطار تحقيق الذات، ويعتبرها جولدشتين التنظيم الأولى للوظائف الحيوية يأخذ صورة الشكل والأرضية، وتقسيم الشكل إلى أشكال:

- **طبيعية:** Natural تتميز بالتفضيل الشخصى والمرونة.

- **غير طبيعية:** Unnatural وهى أشكال مفروضة وتتميز بالجمود.

واستمد فريتز بيرلز Perls أفكاره الرئيسية من علم نفس الجشتالت فى أسلوبه العلاجي وهى:

- علاقة الشكل بالأرضية.
- أهمية تفسير تماسك الشكل أو انقسامه فى إطار السياق الكلى للموقف العقلى.
- الكل الهيكلى المحدد.
- القوة التنظيمية الفعالة للكليات ذات الدلالة والميل الطبيعى تجاه البساطة.
- ميل المواقف غير المستكملة إلى الاستكمال.

ومعنى ذلك أن الفرد حينما يكون بصدد إشباع حاجة فإنها تحتل مركز الشكل بالنسبة لانتباهه بينما تتوارى سائر الحاجات فى أرضية هذا الانتباه. وبروز الحاجة يسبب لدى الفرد التوتر ويعبئ طاقاته حتى تشبع، وهنا يزول التوتر ويعود الاتزان الحيوى الذى يعتبره بيرلز نوعا من التنظيم الذاتي، ثم تنشأ حاجة جديدة تحتل بؤرة الشعور كشكل... وهكذا. وزيادة وسلاسة تكوين الصيغ الإدراكية للحاجات لدى الفرد وتحطمها لتحل محلها أخرى، يعد دليلا على التوافق، وهو أمر يتطلب من الفرد التركيز على الحاضر.

ومن عوامل إعاقة تكوين الجشتالت ما يلى:

* ضعف الاتصال الإدراكى بالجسم والبيئة الخارجية بسبب عمليات: الامتزاج غير المميز، والإسقاط، والاستدماج، والارتداد نحو الذات.
* انغلاق التعبير الطليق عن الحاجات أو الهروب من مواجهة الذات، وذلك لتأثير جمود الفكر، واضطراب لغة الفرد فى تعبيره عن ذاته، واستخدامه لضمائر الغائب «هو، هي» بدلا من ضمائر المتكلم «أنا»، والمخاطب «أنت» هروبا من مواجهة الذات، ومواجهة الآخرين.
* الكبت الذى يعوق تكوين الجشتالت الحسن المعبر عن إشباع الحاجة،

وهو كبت يتمثل فى انقباض عضلى يكف الانفعال ويعوق فاعلية الفرد فى الاتصال والعمل.

ويشير فريتز بيرلز إلى مستويين لاستكمال الجشتالت، ويعتبرهما أساسيان بالنسبة للعلاج الجشتالتي، وهما:

= استكمال جشتالت الشخص أو الكلية:Wholeness الذى يمكن تحققه من ثنايا تحقيق الذات، وهو أمر يتم بعد أن تستعاد الأجزاء المنفصلة - بالوعى - إلى الشخصية.

= استكمال الجشتالت السلوكى Behavioural Gestalt وتعبر عنه الكليةالتى تتأتى فى ثنايا استكمال المهام التى يتعين على الفرد استكمالها بهدف تسوية الأمور المعلقة فى حياة الفرد النفسية حتى تلك الآتية من الماضى البعيد.

ويلاحظ أن بيرلز يؤكد أن الفرد مسئول عن نفسه وعن أفعاله فى حالة السوية واللاسوية.

أهداف العلاج الجشتالتى:

يهدف العلاج الجشتالتى إلى تكامل الفرد، وتجميع الأجزاء التى يستنكرها وينظمها، ويحقق زيادة وعى الفرد. فبالوعى يعمل الفرد فى ضوء مبدأ الجشتالت الصحي، ويعى الموقف غير المكتمل، ويتعامل معه.

ويهدف العلاج الجشتالتى إلى تنمية وعى الفرد دون أن يشتته مثيرات البيئة المتعددة. كما يهدف إلى جعل الفرد يخبر حاجاته والبدائل البيئية، ويخبر صراعاته الداخلية وإحباطاته.

ويهدف العلاج الجشتالتى إلى تنمية المسئولية الشخصية واستجابة الفرد لبيئته.

المفاهيم الأساسية فى العلاج الجشتالتى:

هناك العديد من المفاهيم والمصطلحات الأساسية فى العلاج الجشتالتى، وهى كما يلى:

* **الكـليـة :** Wholism يعتبر علـماء الجشتالت السلوك، سلـوك كلى كتلى يتفاعل مع مجال يدركه الفرد كمجال كلى بصيغة معينة. ويقول بيرلز إن الفرد وحدة واحدة تجمع التفكير، والانفعال، والأداء، والجسم، وتتفاعل مع المجال مكونة وحدة أكبر. والكلية لها جانبان:كلية الفرد، وكلية الفرد فى المجال.

* **الـوظيـفيـة:** Functionalism يقول بـيرلز إن الإنسان لـه حاجات معـينة تستهدف إشـباعها حتى يسيـر نموه عاديا، ويحقق ذاته. أمـا إذا لـم تشبع هذه الحاجـات فإن التوتر يـسود سلوك الفـرد، وينتابه أنـواع أخرى من الاضطرابات الجسمـية والنفسية بسبب افتقـاره إلى الاتزان الحيوى الذى ينتج عن تنـظيم الفـرد لذاته، بـحيث يحـقق وجوده هو، ولايـحاول أن يكون شيئاً آخر.

* **الـطبـيـعيـة:** Naturalism يقول بـيرلز إنه لن يـتحقق مايسـمى بالتنـظيم العضـوى الذاتى Organismic Self- regulation الذى هو الطـريق إلى الاتزان الحيوى إلا مـن خلال الأداء الحر Free Functioning للوظـائف الحيوية للـفرد. ومن هنا اعتقد بيـرلز أن النظرة الجشتالتـية هى الأسلوب الأصلى الطـبيعى للحيـاة الذى لم يلحقـه التشويه، كما دعـا كذلك إلى التركيز على الخبرة الحية.

* **الظاهرياتية:** Phenomenology الظاهرياتية منهج معروف أساسه العودة إلى الأشياء نـفسها، أو البحـث المباشر فى الظـواهر كما يخبـرها الوعى بتحـرر كامل من أى مـفاهيم أو نظـريات مفسرة مـسبقة. ويـرى بعض العلماء أن العلاج الجشتالتى ظاهريـاتى. ومن هنا يقول العلماء إن الفرد يعـيش فـى عالمـين متفـاعلـين: عالـم داخلى هـو : مشـاعره، وأفـكاره، وأحاسيسه، وتطلعاته، وعالم خارجى يـتصل بالحواس ويؤثر فيها ويتأثر بها. وحين أتى العلاج الجشتالتى كانت نظرته أبعد وأعمق من هذا حيث وجهنـا مباشرة إلـى داخل الفرد، نتـلمس معوقـات وعيه بذاتـه، وجعل وسيلتنا لهذا هو الفرد ذاته.

* **التقارب:** Proximity يشير إلى أن المسافة بين مثير وآخر تؤثر على كيفية إدراك المثير . فكلما تقاربت المثيرات كلما قربت العلاقة بينها فى إدراكها. فإذا سر الفرد بأكل قطعة من الحلوى فإن السرور والحلوى يرتبطان ببعضهما فى إدراك الفرد.
* **التشابه:** ويشير إلى أن المثيرات المتشابهة تجتمع معا فى مجال إدراكى واحد. والفرد يبحث عن التماثل أو التشابه لينظم المثيرات المختلفة التى تقع في مجال إدراكه.
* **المجال الإدراكى:** أى ما يدركه الفرد وحدوده. وكلمة جشتالتى تعنى الكل، فالإنسان يحاول دائما تنظيم المثيرات فى شكل كليات ، حيث أن أجزاء أى شيء لامعنى لها فى حد ذاتها وتكتسب معناها ككل. فالفرد حين ينظر إلى شكل يتكون من خطوط متقطعة فإنه يكون منه صورة عقلية متكاملة للشكل الذى يمثله، وهذا هو قانون الإغلاقClosure. فالإغلاق له تطبيقات علاجية حيث يميل الفرد إلى «إكمال الخبرات غير المكتملة».

والفرد لايستجيب لكل مثير فى مجاله الإدراكى، ولكن الذى يستجيب له هو مايتعلق بمستوى وعيه. فمثلا نجد أن الفرد حين يجلس ويكتب فإنه يكون واعيا بدرجة محددة وفى شئ من الغموض بما يحيط به مثل الكرسى الذى يجلس عليه والقلم الذى يمسكه والغرفة التى يجلس فيها. والشئ الذى يعيه فى هذه اللحظة «الآن» هو تنظيم الأفكار وكتابتها على الورق. وإذا شعر الفرد بالتعب فإنه يبدأ فى الوعى بوجع ظهره، وأنه محتاج إلى قدح من القهوة يجدد النشاط. وهذا المثال يعبر عن مبدأ الشكل والأرضيةFigure - Ground فى سيكلوجية الجشتالت. فالشكل وهو أهم ما يكون فى الوعى هو الأفكار وكتابتها. أما الأرضية أو الخلفيةBackground فهى البيئة المحيطة بالفرد، ومعدات القهوة. وعندما تحول الوعى إلى عمل القهوة انغلق جشتالت التفكير والكتابة ويكون جشتالت جديد أصبحت

القهوة فيه تحتل الشكل، والكتابة تحتل الخلفية. وهكذا فإن الشئ الواحد يصبح أحيانا مهما وأحيانا أخرى غير مهم. وفى أى وقت يصبح المجال الإدراكى للفرد حسب حاجاته وما يشبعها. ومستوى الوعى (الدائم التغير) يضع حدود المجال الإدراكى. (جون بيتروفيسا وآخرون .Pietrofesa et al، ١٩٧٨).

والشخص الصحيح نفسيا يركز بحدة على حاجة واحدة «الشكل» فى المرة الواحدة، ويجعل باقى الحاجات فى «الخلفية». وعندما يشبع الحاجة أو عندما يغلق الجشتالت أو يكمل يزاح إلى الخلفية، وتوضع حاجة أخرى فى البؤرة وتصبح «الشكل». وتبادل المواقع بين الشكل والخلفية بطريقة يسيرة تميز الشخص الصحيح نفسيا. والحاجة الملحة للفرد فى أى وقت تصبح هى «الشكل» الرئيسي، وتتوارى الحاجة الأخرى مؤقتا على الأقل فى الخلفية لكى يتحرك إلى حاجات أخرى يجب أن يكون قادرا على تحديد حاجاته، ويجب أن يعرف مصادر إشباعها فى البيئة.

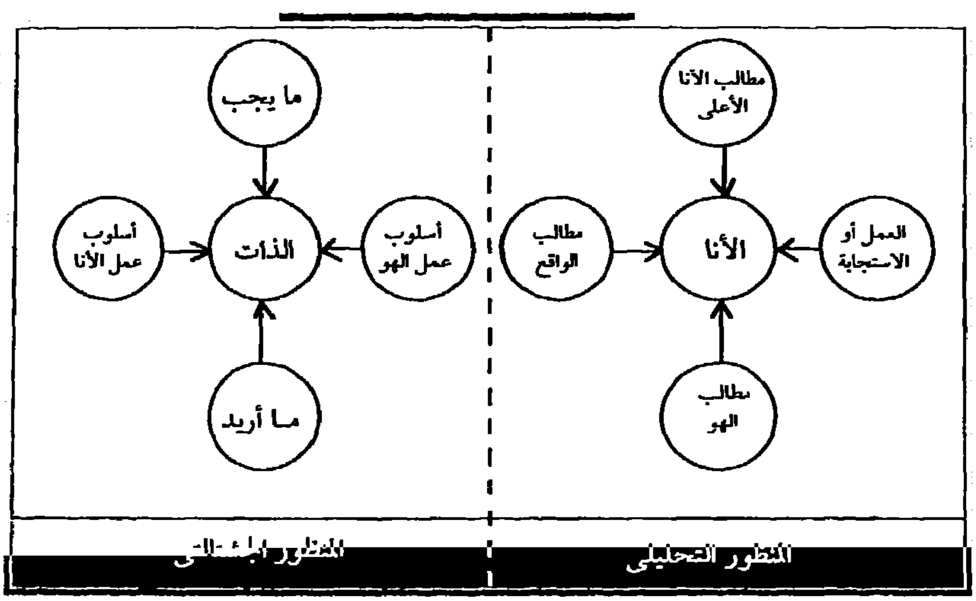
المرض من المنظور الجشتالتى:

يعرف فريتز بيرلز Perls المرض بأنه محاولة الانتباه إلى حالات كثيرة ومتعددة فى وقت واحد. كما عرف الشخص العصابى بأنه هو: الشخص الذى يحاول الانتباه إلى حاجات كثيرة ومتعددة مما ينتج عنه فشل إشباع أى منها.

والشخص العصابى أيضا يحاول جعل الآخرين يعملون له مالم يعمله هو لنفسه. وبدلا من أن يسير هو حياته يعتمد على الآخرين فى إشباع حاجاته.

إن الفرد يضيف لنفسه مشكلات حين لايتناول أمور حياته بطريقة مناسبة، وتحدث مشكلات لسبب أو أكثر مما يلى:

* قصور الاتصال بالبيئة: فالفرد يصبح جامدا حين يفصل نفسه عن الآخرين أو عن مصادر البيئة.
* الاندماج الزائد مع الآخرين أو مع البيئة.
* الحرمان: حيث لايستطيع الفرد إشباع حاجاته أو التعبير عن مشاعره.
* التجزئ: أى تجزئ حياة الفرد.
* التقسيم: حيث قد يقسم الفرد شخصيته بين «ما يجب أن يفعل» (الطرف الأعلى)، «وما يريد أن يفعل» (الطرف الأدنى). (انظر شكل ٥٠).
* التناقضات: كما يحدث بين الجسم والعقل، والذات والعالم الخارجي، والانفعال والواقع، والطفولي والراشد، والحيوى والثقافي، والشخصى والاجتماعي، والحب والكره، واللاشعور والشعور، واللذة والألم، وما يجب أن يفعل وما يريد أن يفعل، ويحتاج الأمر إلى حل الصراعات بين هذه المتناقضات.



شكل (٥٠) الشخصية وأساليبها فى العمل

مبادئ العلاج الجشتالتى:

للعلاج الجشتالتى مبادئ تقوم عليها العملية العلاجية. ومن أهم المبادئ ما يلى:

مبدأ الآن Now:

يحتل الحاضر المركز الرئيسى فى عملية العلاج الجشتالتي، أى التحدث بصيغة الحاضرPresent Tense الذى يعنى وصف المريض لخبراته (مشاعره، وأفكاره) الآن، وسرد ذكريات الماضى بكل مشاعرها الانفعالية الآن وبصيغة الحاضر كما لو كانت تحدث الآن أثناء الجلسة، وذلك عن طريق تمثيل أحداث هذه الخبرة على الكرسى الفارغEmpty Chair، ونفس الشئ بالنسبة لمخاوف المستقبل أو توقعاته القلقة. وهذا المبدأ يمكن أن يسهم فى وحدة الخبرة الحسية للمريض.

أنا وأنت:I and Thou

إن التركيز على حاضر المريض الأن ومبدأ «أنا وأنت» يضعه «هنا»Here. وهكذا يستند العلاج الجشتالتى إلى دعامتين: هنا والآن، دون تجنب أو تحاشى، سواء أخذ هذا التجنب شكلا لغويا بالحديث بلغة الغائب أو شكلا حسيا بالاتجاه أثناء الحديث إلى الخارج دون إمعان النظر فى الآخر الموجود بالجلسة سواء كان معالجا أو عضوا في الجماعة العلاجية، أو شكلا انفعاليا بعدم إفراغ الشحنة الانفعالية لما تمثله أو يحييه من خبرات داخل الجلسة العلاجية. ومن هنا نجد أن العلاقة بين المعالج المريض: تتمثل فى «أنا وأنت، هنا والآن».

استخدام متصل الوعى: **Use of the Awareness Continuum**

يمثل استخدام متصل الوعى «الكيف»How أى كيف الخبرة. ويتمثل فى: التركيز على الأحاسيس، والمشاعر، والانفعالات، والاستجابات المستمدة من خبرة الفرد بذاته وبالبيئة. وهو مثال حى من التواجد فى الآن والتأمل

الذاتي هربا من التفكير والاستدماج والتفسير والتلفظ عملا. يقول بيرلز «دع عقلك ونحه جانبا واتجه إلى حواسك». وهذا أدعى به أن يبعد بالمريض عن التركيز على «السبب» why لما يحدث له، والتركيز على «الماهية» what كخبرة يحياها، «وكيفه» how كما يشعر به، وذلك باعتبار العلاج الجشتالتي خبري Experiential يرتكز على خبرة المريض كما يعيها، وبذلك يرد له أصالته ومرونته اللتين أعاقتهما ذكريات الماضي وتوقعات المستقبل بكل ما يقترن بهما من تفكير وتفسير يبعد الفرد عن خبرته الحية .

استخدام الجمل بدلا من الأسئلة:

غالبا ما يرفض المعالج الجشتالتي الإجابة عن أسئلة المريض لأنها تعبر إما عن كسله فى الحصول على المعلومات المطلوبة بنفسه أو رغبته فى الاعتماد على الآخرين بدلا من أن يعتمد على نفسه، الأمر الذى يعوق مسيرة نموه. ولذا غالبا ما يطلب المعالج الجشتالتى من المريض أن يحول الجمل الاستفهامية التى يسألها إلى جمل خبرية Statements شريطة أن تصاغ فى الأسلوب المباشر للخبرة الحية. أما إذا كان التساؤل يعبر عن نقص حقيقى فى معلومات المريض، وتخدم الإجابة عنه بالفعل التقدم نحو العلاج، فإن المعالج لا يتردد فى الإجابة عنه بالفعل. وهذه الطريقة تساعد المريض فى التعبير الإيجابى عن أفكاره ومشاعره. فمثلا بدلا من أن يقول: «ألا تظن أننى يجب أن أحسن العلاقة بيني وبين زوجتي؟» يقول: «أظن أننى يجب أن أحسن العلاقة بينى وبين زوجتي».

أشكال العلاج الجشتالتى:

يوجد ثلاثة أشكال للعلاج الجشتالتي وهى:

- العلاج الفردى.
- العلاج الجماعى.
- العلاج الذاتى.

العلاج الجشتالتى الفردى:

يقوم العلاج الجشتالتى الفردى على أسس علاجية هى:

- العلاقة العلاجية.
- التركيز على الحاضر.
- تجنب التشخيص.
- تنمية اعتماد المريض على نفسه ومساهمته الفعالة في العلاج. وتمارس هذه فى العيادات النفسية والمعاهد المتخصصة. كذلك يمارس العلاج الجشتالتى الفردى فى حالات الضرورة القصوى.

العلاج الجشتالتى الجماعى:

يعتبر العلاج الجشتالتى الجماعى أكثر فعالية وأكثر اقتصادا من العلاج الفردى.

واستخدم بيرلز أسلوب الورشة العلاجى كصورة تجمع بين العلاج الفردى والعلاج الجماعي، تتمثل فى مواجهة المعالج بالمريض داخل الجماعة.

ويقوم هذا الأسلوب على المواجهة بين المعالج والمريض لكى يواجه بنفسه ما يقلقه أو ما يخيفه. وتحتاج هذه المواجهة إلى المصارحة مع المريض. وتتم المواجهة الصريحة بين المعالج والمريض فى إطار الجماعة التى ترقب ما يحدث بينهما من تفاعل دون أن تشترك فيه مالم يأذن المعالج بذلك حسبما يقتضى تطور الموقف العلاجي. وعندما يواجه المريض ذاته بما فيها من خبرات مؤلمة فإن ذلك يجعله فى النهاية يركز على ذاته ويتحمل معاناة هذه المواجهة من أجل النمو.

العلاج الجشتالتى الذاتى:

يقوم هذا النوع من العلاج على ملاحظة الذات باعتبارها المدخل للوعى

بالذات، يكمل أبعادها السارة والمؤلمة المقبولة وغير المقبولة، تمهيدا للعمل على إزالة العقبات التى تحول دون نموها. ولا يلغى اعتماد الفرد على نفسه في ملاحظة ذاته والوعى بها وتغييرها استعانته بالمعالج النفسى كمستشار وموجه، وإنما يقصد بالعلاج الذاتى ما يلى:

* أن يعتمد الفرد على نفسه بصورة أكبر من اعتماده على المعالج الذى يستمد منه المقترحات والتجارب، ثم يجربها ويعبر عن ما استفاده منها.
* أن يمتد مجال العلاج من العيادة أو المؤسسة العلاجية إلى حياته العملية فى المنزل والعمل، وفى هذا توسعة لنطاق العلاج كعلاج مستمر مع الفرد طول حياته.

ومن الوسائل المستخدمة فى العلاج الجشتالتى الذاتى ما يلى:

- الوعى بالحاضر عن طريق التركيز.
- التأمل الذاتى.
- المذكرات اليومية.
- كتابة السيرة الذاتية.
- معالجة الأحلام.

أساليب العلاج الجشتالتى:

العلاج الجشتالتى علاج نشط، وهو علاج يهتم بخبرات الفرد «الأن». فالماضى ذكري، والمستقبل خيال، وأهميتهما ترجع إلى حال إدراكهما فى الحاضر. ويتضمن العلاج الجشتالتى «استرجاعRetrieving» ما استنكره المريض بأن يجعله يخبره، كما يوجد جزءاً جزءاً Splits. وأحد الأجزاء يسميه بيرلز «ما يجب» (الطرف الأعليTop Dog)، «وما أريد» (الطرف الأدنى Under Dog). وهذان يمكن وجودهما معا فى شخصية واحدة.

ويتعين على المعالج القيام بتمثيل Acting Out الأعراض المرضية للفرد

ليعيها بنفسه، لأن هذا الوعى أدعى إلى اعتماده على نفسه. ويرفض بيرلز قيام المعالج بتفسير الأعراض المرضية، والبحث في ماضى المرض، وينادى بالتركيز على الحاضر وتنظيم الفرد لعلاقته بالبيئة بمعرفته هو.

وهكذا نرى أن دور المعالج الجشتالتى هو تيسير وعى المريض في الوقت الحاضر «الآن». والوعى هو: القدرة على التركيز والانتباه «هنا والآن». ويتدخل المعالج الجشتالتى ليوقف أى محاولة من جانب المريض للانتباه وتركيز وعيه بعيدا عن «هنا والآن»، فالرجوع إلى الماضى، والقفز إلى المستقبل يتم وفقها، وإذا سمح بالإشارة إليهما فليكن بالنسبة للحاضر المباشر.

ومن أهم أساليب العلاج الجشتالتى ما يلى:

لغة «أنا»: "I"Language

وتعبر عن الدلالة اللغوية للشعور بالمسئولية والارتباط وهو تحمل الفرد مسئولية قوله وفعله وشعوره، وأنه يعنى ذاته ويلتفت إلى أشياء في حياته قد تبدو للوهلة الأولى تافهة ولكن لها دلالة عميقة في حياته هو.

وفي هذا الأسلوب يشجع استخدام كلمة «أنا» بدلا من استخدام كلمة «أنت» أو «هو» أو «هم». فمثلا «أنت» تعرف كم هو صعب حين ترسب في مادة الرياضيات. فعندما يستخدم «أنا» بدلا من «أنت» يصبح الكلام كالأتى: «أنا أعرف كم هو صعب حين أرسب في مادة الرياضيات». وهذا يساعد في تحمل مسئولية الفرد عن مشاعره وأفكاره وسلوكه.

استخدام «لا أريد» بدلا من «لا أستطيع»:

Substituting Won't for Can't

مثال ذلك «أنا لا أريد» أن أصبح مهندسا، بدلا من «أنا لا أستطيع» أن أكون مهندسا.

استخدام «ماذا» بدلا من «لماذا»:

Substituting What for Why

مثلا «ماذا تفعل بقدميك حين تهزهـا عندما تتكلم عـن سلوكك؟» بدلا من «لماذا تهز قدميك عندما تتحدث عن سلوكك».

الجمل الناقصة: Incomplete Sentences

وهذا يعتبر بمثابة تمرين أو تدريب لمساعدة المريض ليصبح على وعي بما ينفعه أو يضره. ومثال ذلك «أنا أساعـد نفسي عندما...» أو «أنا أضر نفسي عندما...».

تمارين الحوار: Games of Dialogue

وتتمثل في إجراء الحـوار بين جوانب الشخصية الفردية مـوضع المشكلة التي تسمى الـقطبيةPolarities، مثل الحوار بين الطـرف المسيطر والآمر Top Dog «ما يـجب» الـذي يشـبه الـضميـر، والجانـب الخاضـع والمأمـور، «ما أريـد»Under Dog الذي يمثل الفـرد، كذلك تستخدم في مـعالجة أحداث الحلم وشخصياته.

ومن طـرق تحقيق الوعـي بالتـصارع بـين جوانب الـشخصية أسلوب الـكـرسـيـين Two Chair Technique الذي يـستخـدم بكـثرة في الـعلاج الجشتالتي. وفيـه يجلس المريض على الكرسي ويلـعب «ما يجب» (الطرف الأعلى) مـتحدثا إلـى «ما أريد» (الطـرف الأدني». ثم ينـتقل إلى الـكرسي الآخر ويسـتجيب بصـفته«ما أريد» (الطـرف الأدنى لـ «ما يجـب» (الطرف الأعلي) الجالس في الكرسي الآخر. وهذا الأسـلوب يستخدم أيضا في حل الصراعات الـقائمة أو التي تعـتبر جشتالت غيـر مغلق. ولكي يصـبح الفرد على وعي بمـا يحدث الآن فقد يكون مـن الضروري إنهاء الاهتمـام ببعض الخبرات الـتي حدثت في الماضـي، وإعادة توجيه طـاقته إلى الحاضر. فـمثلا حزنت امرأة على وفاة والديها ولكنها لم تعبر عن مشاعر حزنها لفظيا، وهنا في هذا المثال قد تدعى لاكمال الجشتـالت بوضع والدها في الكرسي الخالي للتعبير عن مشاعرها، وإكمال ما لم يكمل.

والسـلوك غير الـلفظي مـهم في العـلاج الجشتـالتي في مـقابل ما يـقال

كتأكيد على ما يقال، فإذا قالت مريضة «إنها مرتاحة ولكن يداها متيبستان»، فإن المعالج يواجه هذا التناقض وعدم التطابق.

معالجة المهمة التى لم تتم: Unfinished Business

وهى تسوية الانفعالات المكبوتة وراء درع الجسم أو الشخصية مثل: القلق بالتركيز على الوعى بها والإفصاح عن محتواها، وتمثل أطرافها بالمواجهة والتخيل، ولعب الأدوار المختلفة.

معالجة النقيض: Reversals

من المعروف أن الشخصية مليئة بالمتناقضات التى قد ترتبط ببعضها أكثر من ارتباطها بشئ آخر. فقد يطلب من الفرد معالجة الشئ بالوعى بنقيضه فالمنطوى يطلب منه أداء أدوار استعراضية (انبساطية).

المتناقضات: Bipolarities

يطلق فريتز بيرلز مصطلح التفكير الفارق فى ضوء المتناقضات. والفرد يقضى الكثير من وقته طوال حياته فى حل الصراعات التى تفرضها المتناقضات. وأشهر المتناقضات التى قدمها بيرلز هى ما أسماه: الطرف الأعلى «ما يجب» والطرف الأدنى «ما أريد». والطرف الأعلى على صواب ومعرفة، ويعرف ما يجب أن يكون، وما يجب ألا يكون. وهو تسلطى. أما الطرف الأدنى فهو دفاعي، اعتذاري، متملق، طفلي، لسان حاله يقول «أنا أحتاج وأبذل كل جهدى وأنا حسن النية»، وهو مكير يبحث دائما عن اللذة. والهدف من التعامل مع هذه التناقضات أو الأجزاء المتناقضة فى الشخصية هى توعية كل جانب بالجانب الآخر حتى يتم إعادة التنظم والتوفيق بين النقيضين مما ييسر الحياة، بحيث يكون كل جانب موجود ولكن فى «تكامل مع الآخر» حتى تكون الشخصية متكاملة. وفنية «ما يجب» (الطرف الأعلي) و «ما أريد» (الطرف الأدنى) تستخدم فرديا أو جماعيا، وفى حالة استخدامها جماعيا مثلا يقسم المرضى إلى قسمين: قسم يمثل «مايجب»، وقسم يمثل «ما أريد». وجماعة «ما يجب» تحدد مجموعة

أسباب لما يجب عمله، بينما جماعة «ما أريد» تفكر فى ما يريدون أن يعملوا وأسبابه. وبعد ذلك يناقش النشاط بين الجماعتين. وأفضل نتيجة لحوار الجماعتين تتضح عندما يصبح المريض قادرا على تحديد «ما يجب» و«ما يريد»، وعندما يصبح الاثنان متماثلين. فمثلا يكون الحال حسنا عندما يصل المريض إلى التقرير التالى: «أنا أحب مهنتى، أنا أريد أن أذهب إلى عملي، يجب أن أذهب إلى عملي». وفى تدريب آخر يطلب من المريض أن يحدد أكبر نقاط ضعفه، وكيف يحولها إلى نقاط قوة. وفى تدريب آخر يطلب من المريض ذكر أسماء ثلاثة أشخاص قريبين منه، ويذكر فى مقابل اسم كل منهم ما يرفضه، وما يطلبه، وما يقدره. فمثلا قد تكتب مريضة اسم زوجها، وتقرر أنها ترفض أنه لايقضى وقتا كافيا معها، وتطلب مزيدا من الوقت، وتقدر صحبته ومرافقته. ومثل هذا التدريب يساعد المريض فى زيادة وعيه بالمشاعر المختلطة تجاه الآخرين وكيف أن من الممكن أن يرفض الفرد شخصا، ويقدره فى نفسه الوقت.

تجريب الموقف:

ويقصد بذلك تدريب الفرد (القلق مثلا) على ممارسة السلوك موقفيا فى شكل بروفة قبل السلوك الفعلى. فمثلا يمثل الفرد موقف القلق كما يتوقعه قبل وقوعه.

المبالغة فى الأعراض:

عندما يبدى الفرد إيماءة أو إشارة أو ينطق كلمة دون أن يلحظ دلالتها يطلب منه أن يكررها أو يبالغ فى إظهارها حتى يدركها جيدا ويعرف معناها بالنسبة لمشكلته.

اللاغيبة: No Gossiping

وذلك بتجنب الكلام عن أى شخص غائب خارج الجلسة، وتوجيه الكلام إلى أحد أعضاء الجماعة الذى يقوم بدور الشخص الغائب أو توجيه الكلام إلى الكرسى الخالى Empty Chair في الزمن المضارع. فقد يوجه الفرد كلامه إلى الشخص الآخر الجالس فى الكرسى الخالى قائلا مثلا:

«أعتقد يا أبى أنك تعاملنى معاملة قاسية، أتمنى أن تعاملنى معاملة حسنة مثل إخوتى». ثم ينتقل الفرد إلى الكرسى الخالى ويجيب على لسان والده كأن يقول مثلا: «إن من السهل على يا بنى أن أحبك، وأعاملك معاملة حسنة إذا كنت مطيعا ومجتهدا مثل إخوتك». ويستمر الحوار Dialogue بين شخص وشخص لتحيي الخبرات في الحاضر، وتزيد من وعى الفرد بالمشكلة، وتجعل صورة الموقف أكثر وضوحا أمام المعالج، وتجعل الموقف بروفة سلوك حقيقى عملى بالنسبة للمريض.

تحمل المسئولية: Taking Responsibility

يطلب من المريض أن يعبر عن مشاعره، ويقرر أنه يتحمل مسئولية هذه المشاعر، وهذا يعتبر بمثابة فتح عين المريض على مسئوليته عن سلوكه بدلا من إلقاء اللوم على مصادر خارجية كمسببات لسلوكه ومشاعره. وهذا يساعد الفرد على تحمل مسئولية سلوكه بدلا من أن يلقى ذلك على ضوابط خارجية، وعدم المحاولة فى غير الممكن أو المستحيل .

الإسقاط:

وهو عملية يسقط فيها الفرد على شخص آخر الأجزاء التى لا يقبلها فى نفسه.

القيام بالجولات: Making the Rounds

وهذه الفنية تستخدم فى العلاج الجمعى حين يطلب من الفرد إبداء مشاعره إزاء أعضاء الجماعة وذلك بالدوران عليهم وتلقى استجاباتهم.

الألعاب الخيالية: Fantasy Games

وهذا الأسلوب يستخدم بنجاح مع الأطفال ويجعلهم على وعى بمشاعرهم الآن. ومن الألعاب الخيالية المشهورة «لعبة الشخص العاقل» Wise Person. حيث يمثله فرد يسأله الآخرون أسئلة يجيب عنها بعد تفكير وهذا يضيف وعيا للمرضى. فمثلا قد يسأل سائل: «ماذا يجب أن أفعل لإصلاح حالي؟»، وتكون إجابة الشخص العاقل: «يجب أن تنمى

قدراتك، ومهاراتك، إلى أقصى حد ممكن». ويطلب من المشاركين مناقشة خيالاتهم بعمق مع المعالج فى جلسات فردية ومع الجماعة. وتتم المتابعة بجعل الأفراد يكملون الجملة الناقصة الآتية: «لقد تعلمت...».

إخراج الحلم: Dream Work

الحلم هو أحد أساليب الوعى بعالم الفرد «هنا والأن». والحلم هو حارس وجود الفرد، لأن محتوى الأحلام يتعلق بكيان الفرد ونموه. ويهتم العلاج الجشتالتى بتحليل الأحلام التى قد تتعلق بتطلعات المستقبل، وذكريات الماضى. والتلقائية من أهم مظاهر العلاج الجشتالتى. والأحلام تعبير تلقائى لوجود الفرد. ويهتم العلاج الجشتالتى بتكامل الأحلام أكثر من تحليلها، وذلك بإحياء الحلم شعوريا عن طريق الوعى بأشخاص الحلم وأحداثه. ويرى بيرلز أن الأجزاء المختلفة من الحلم تمثل أجزاء من شخصية الحالم يجب أن تتكامل لتكون كلا متكاملا. وهذه الأجزاء المتناثرة يجب أن يعاد بناؤها بحيث يصبح الفرد على وعى بالرسالة التى يعبر عنها الحلم. ويمكن أن تتم مساعدة الفرد فى تحليل الحلم بحيث يصبح على وعى بتناقضيه «ما يجب» (الطرف الأعلي) و«ما أريد» (الطرف الأدني)، فقد يكون الصراع بينهما هو الصراع الذى يعانى منه الفرد كما ظهر فى حلمه. ويمكن استخدام فنية إخراج الحلم فى العلاج الجماعى. فقد يذكر أحد الحاضرين حلما ويقوم الآخرون بلعب الأدوار المذكورة فيه معبرين عن أفكارهم ومشاعرهم. ويعلق الحالم على أدوارهم. ويقوم المعالج بدور هام فى تكامل أجزاء الحلم، وزيادة الوعى بالأجزاء كالمواقف المؤلمة وإعادة تكامل الأجزاء المغتربة من الشخصية.

دور المعالج الجشتالتى:

يتلخص دور المعالج الجشتالتى فيما يلى:

* يقوم بمواجهة المريض فى الحاضر ومباشرة وبتلقائية.

* يكـون حيويا نشطا مثيرا مبتكرا، ينظر إلى التفاعل مع المريض فى الحاضر كأساس للتغيير.
* يهئ خبـرة العلاج كتصغـير للحياة اليـومية، محورها: «أنـا وأنت»، «هنا والآن».
* يهئ بيئة ومناخاً علاجيا مساندا أقـل ألما، وأكثر أملا وأكثر معنى ليخلص المريض من ذكريات الماضى ومخاوف المستقبل.
* يقـوم بتيـسيـر النمـو والسعـى لتـحقيـق الأهداف ذات المعـنى بـالنسـبة للمريض.
* يساعد على إشباع حاجات المريض.

وبالإضافة إلى ما سبـق ذكره، ينظر إلى المعالج الجشتالتـى على أنه خبير مساعدة، بصير بليغ، محبط، مبتكر، معلم.

المعالج خبير مساعدة: Expert - Helper

ونعنى بخبيـر مساعد أن يكون المعالج متمرسا، وقـادرا على إقامة علاقة علاجية تحقق أمل المريض فى الشفاء، ويساعد بخبرته فى إزالة كل ما يعوق المريض من مساعدة نفسه وعلاج ذاته، ويسـاعده وييسر له اكتشاف إمكاناته العلاجية.

وتتـضح خبـرة المعالج مـن خلال وعيـه بانفـصاله عن المـريض وتحمـله مسئولية التغير من خلال العمليـة العلاجية، وهو يهئ ظروف العلاج لتيسير حدوث التغير لدى المريض.

ومن خلال خبرته يعمـل المعالج الجشتالتى على تحميل المـريض مسئولية سلوكه وقراراته. وهكذا تكون المسئولية مشتركة بين المعالج والمريض.

المعالج بصير بليغ:

ومعنى هـذا أنه يستطيـع بدقة رؤية حاضر المـريض وظاهر سلوكـه بعين بصيرة ووعى كامل يساعد المريض على زيادة وعيه بذاته.

ويحاول المعالج بلباقة أن يجعل المريض يستخدم ضمير «أنا» فى حديثه. ويشجع المعالج المريض على التعبير بصدق ودقة عن حاجاته، ويربط المعالج بين التعبيرات الجسمية والتعبيرات اللغوية للمريض مدققا فى الرسائل اللغوية واللفظية معنى ودقة، ونبرة، ومجازا، وقفزا، منتبها إلى فلتات اللسان.

ويهتم المعالج أيضا بالتعبيرات الجسمية، والتوترات واللازمات الحركية.

وعلى المعالج أن يوضح لغته وأن يستوضح لغة المريض ليجعله يعبر تعبيرا دقيقا عن مشاعره وأحاسيسه. ويتطلب ذلك الدقة فى صياغة الأسئلة الموجهة مباشرة إلى المريض لزيادة وعيه بنفسه، وزيادة قدرته على التعبير المنطلق عن مشاعره وأحاسيسه.

المعالج مُحبط: Frustrator

يقوم العلاج الجشتالتى على أساس مسئولية المريض. وإذا ظن المريض أو حاول الاعتماد على المعالج لإشباع حاجاته، فإن على المعالج أن يحول دون ذلك - أى أنه يحبط محاولة المريض فى الاعتماد عليه، ويجعله يستغل طاقاته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن.

المعالج مبتكر: Creative

المعالج وهو يصغى للمريض ويلاحظه يعى تكون جشتالتات كثيرة. ومع وعيه يتخذ قرارات بطريقة التعامل معها فى ضوء وعيه ووعى المريض بها. ويكون دور المعالج هنا كعامل ابتكارى فى تيسير تعبير مريضه عن حاجاته. وتتضح ابتكارية المعالج فى تجدد وتنويع المواقف والخبرات الميسرة لتعبير المريض عن ذاته وعن خبراته بتلقائية. وهنا يقوم المعالج بالعديد من الأدوار ويبتكر الكثير من المواقف والخبرات التى تيسر العملية العلاجية أمام المريض. ويلاحظ هنا أن المعالج الجشتالتى يعمل فى إطار تكامل التخيل «النظرة المستقبلية» مع الواقع «هنا والآن» عن طريق إعادة تشكيل وخبرة

بعض الخبرات. والمعالج يساعد المريض على إكمال المواقف غير المكتملة. وهذا يمكن أن يتم عن طريق التمثيل المسرحي (السيكودراما). وهنا يكون للابتكار دور كبير حتى وإن كانت في شكل «دراما فردية» (مونودراما Monodrama). وهو يشجع المريض على التعبير عن انفعالاته وتمثيل مشاعره. ويكون المعالج حساسا للصوت والتعبير، وتغيير المريض للأدوار. ويكون المعالج خلال هذا كله بمثابة صمام الأمن المحافظ على اتصال المريض دائما بالواقع.

المعالج معلم:

فى كثير من الأحيان يقوم المعالج بدور المعلم لمريضه، فقد يعلمه كيف يتعامل مع بيئته، وكيف يقوى الأنا الراشد المسئول عنده. وهنا تتأكد أهمية العناصر المعرفية إلى جانب العناصر المشاعرية فى العلاج الجسشتالتى. وقد يأخذ المعالج دور المحاضر للمريض حيث يمده بالمعلومات والنماذج النظرية ليساعده على تصور تكامل شخصيته.

(لورنس ليفين وإيرما شيرد Levin & Shepherd، ١٩٧٨).

مزايا العلاج الجشتالتى:

من أهم مزايا العلاج الجشتالتى مايلى:

* تقديم المساندة الانفعالية للمريض والتى تجعله أقدر على مواجهة خبراته وآلامه.
* تمارس الجماعة نوعا من العلاج الذاتى الصامت حتى يعى كل فرد منها بعض أبعاد ذاته بالانتباه إلى ما يجرى أمام ناظريه بين المعالج والمريض.
* تكاليف هذا النوع من العلاج أقل.
* العلاج الجشتالتى علاج إنسانى يؤمن بقيمة الإنسان وقدرته على الوعى بذاته وتنميتها وتغييرها إلى الأفضل.

* العلاج الجشتالتى علاج تجريبى لأنه يعتبر التجربة خبرة حية يعيشها الفرد فتزداد بصيرته، ويشبع حاجاته، ويحقق توازنه النفسى.

* العلاج الجشتالتى علاج انتقائى لأنه يجمع بين أكثر من طريقة فى العلاج النفسى مثل: دينامية التحليل النفسي، وتجربة العلاج السلوكى، وخبرية العلاج المركز حول المريض.

عيوب العلاج الجشتالتى:

من أهم عيوب العلاج الجشتالتى ما يلى:

* لايتسم بالعمق الذى يتسم به العلاج الفردى فى التحليل النفسى مثلا.

* درجة التفاعل الاجتماعى بين المعالج والمريض أو أعضاء الجماعة العلاجية محدودة، فهم أشبه بالمتفرجين، فضلا عن أن التفاعل الجمعى بين الأعضاء محدود النطاق.

* الوقت المخصص للعلاج محدد، إذ أنه غالبا ما يأخذ صورة ورش نهاية الأسبوع، أو ما يسمى «ورشة المرة الواحدةOne shot workshop» التى قد تستغرق يوما واحدا.

* تعد عينة الخبرة الحية المتاحة فى الموقف العلاجى محدودة بالقياس إلى خبرة الحياة على اتساعها.

الفصل الثانى والعشرون

العلاج بتحقيق الذات

ACTUALIZING THERAPY

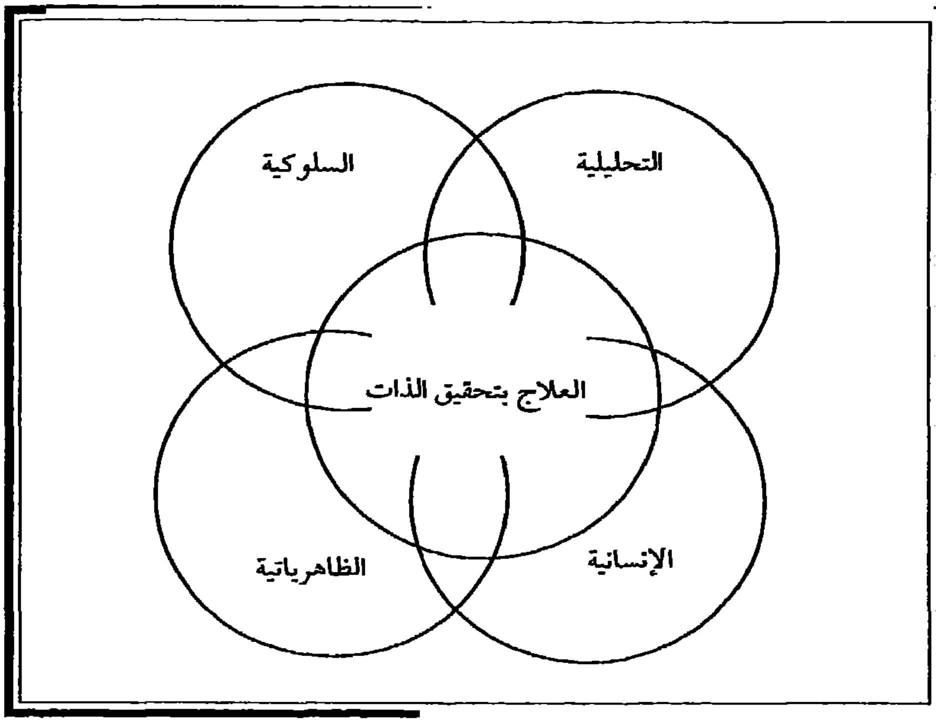
مقدمة:

تعتبر طريقة العلاج بتحقيق الذات طريقة تركيبية مبتكرة. ومعروف أن أفضل ما يوجه إلى الفرد من نصيحة هى أن يعرف ذاته، ويتقبلها، ويحققها، وينميها. وهكذا نجد أن من أهم ما يجب الحرص عليه هو تحقيق الذات، بمعنى أن يصبح مفهوم الذات أمرا واقعا، وأن يحقق الفرد كل طاقاته وإمكاناته متحملا مسئولية ذلك.

وقد بدأ إيفيريت شوستروم وآخرون .Shostrom et al (١٩٧٦) الكتابة عن العلاج بتحقيق الذات وطوره لورانس برامر، وايفيريت شوستروم Brammer & Shostrom (١٩٧٧) موفقين فيها بين مدارس أربع رئيسية هي: المدرسة الظاهرياتية، والمدرسة السلوكية، والمدرسة الإنسانية، والمدرسة التحليلية. (انظر شكل ٥١).

ويلاحظ أن المفاهيم الرئيسية فى طريقة العلاج بتحقيق الذات مأخوذة من نظريات سيكولوجية الجشتالت كواحدة تمثل وجهة النظر الظاهرياتية، وبصفة خاصة أفكار فريتز بيرلز Perls عن الإدراك والوعي، والتعامل مع الواقع «هنا والآن». كذلك تأخذ هذه الطريقة مفهوم تحقيق الذات من ابراهام ماسلوMaslow، والحساسية للمشاعر من كارل روجرزRogers، والكشف عن الذات من جورارد Jourard، وبعض المفاهيم السلوكية من لازاروس Lazarus، وباندورا Bandura عن التعزيز وغيره. يضاف إلى ذلك مفاهيم عن حل المشكلات، وتحقيق الأهداف. ومن المفاهيم التحليلية التى تبناها مفهوم «الأنا» ومفهوم «الدفاع».

ويعتبر المحور الرئيسى فى العلاج بتحقيق الذات هو: الوعى المتقدم النامى نحو تحقيق الذات - أى تحقيق كينونة الفرد.



شكل (٥١) العلاج بتحقيق الذات يوفق بين عدد من المدارس

والعلاج بتحقيق الذات متعدد الأبعاد للاعتبارات الآتية:

* يركز على بعد النمو عبر الزمن الماضى والحاضر والمستقبل.
* كل مرحلة نمو لها مشكلاتها الخاصة التى تعتبر بذور لمشكلات فى المستقبل.
* يهتم بالوقت الحاضر «هنا والآن» بصفة خاصة.
* يركز على السلوك المطلوب تغييره سواء بالإشراط أو التعزيز أو التعميم.
* يوسع النظرة إلى المريض من ناحية مشاعره ومعارفه وإحساساته وخيالاته وتصرفاته، وأهدافه.

أهداف العلاج بتحقيق الذات:

هناك ثلاثة أنواع من الأهداف هي:

* **أهداف عملية العلاج:** مثل التعبير الحر الطليق، والتعامل المستمر مع المشكلات.
* **أهداف المريض:** الذى أتى بحثا عن مساعدة مثل: تخفيض القلق، والتخلص من الأعراض، واتخاذ قرار هام.
* **أهداف تحقيق الذات:** وتنمية فردية الشخص، وتحقيق ذاته، وممارسة المسئوليات.

وفيما يلى موجز لبعض الأهداف:

* **الاستقلال:**Independence ويتضمن مساعدة الفرد لتحقيق الاكتفاء الذاتى والتخفف من الاعتماد على الآخرين فى بيئته.
* **التلقائية:** Spontaniety وتعنى المرونة والانفتاح على خبرة الفرد والآخرين والتخفف من الجمود، والبعد عن الدفاعية، وعن الأفكار الحتمية أو الأحكام العامة، وإلقاء الأقنعة، وأن يعبر الفرد عن حقيقة ذاته، وأن يكون الفرد ذاته، وأن يقدر فرديته. والتلقائية تؤدى إلى الابتكار ونمو الشخصية المبتكرة.
* **العيش «هنا والآن»:**"Living"Here and Now أى أن يعيش الفرد حاضره وأن يستمتع بكل لحظة. فكل لحظة جديدة، والمستقبل من الصعب التنبؤ به، والعيش «هنا والآن» يطمئن الفرد على أنه يسير فى الاتجاه الصحيح فى إطار من المرونة، وأنه طالما يعيش حاضره فإنه لا يصل إلى النهاية بل يكون دائما عند البداية. والفرد حين يسلك فى حاضره يستمتع بنشاطه فى حد ذاته وليس بالضرورة كوسيلة لغاية.
* **الثقة فى الذات** Self - trust: يقاس نجاح عملية العلاج بتحقيق الثقة فى النفس والثقة فى قيمة الذات، حيث يثق الفرد فى ذاته، وفى مشاعره، وفى إمكاناته، وفى خبراته، وفى أحكامه وفى قراراته، ويعمل ما يشعر أنه صحيح أو مناسب له بالنسبة للآخرين. وهكذا يسير الفرد أمور نفسه بثقة متحملا نتائج سلوكه، ومتحملا بصفة عامة المسئولية الاجتماعية.

ويصبح الفرد داخلى الدافعية والتحكم، يثق فى ذاته وفى الآخرين. وهكذا يتدعم ضمير الفرد، ويتحسن سلوكه على المستوى الأخلاقى والقيمى. وهكذا يتعلم الفرد أن يحب ذاته وأن يثق فى نفسه وأن يحقق ذاته.

* **الوعي:** Awareness والوعى وزيادة الوعى من الأهداف الأولية لتحقيق الذات، ويتضمن ذلك الشعور بالحيوية والاستجابية. ويصبح الفرد قادرا على إدراك مشاعره بوضوح، ويصبح قادرا على إدراك البيئة بوضوح وعمق ويدرك الخبرات بجلاء. ويتضمن الوعى أيضا إدراك معنى السلوك واحتمالاته، ويدرك الفرد ما يناسب جنسه وعمره. ويصبح الفرد أكثر قدرة وشجاعة وإقبالا فى تفاعله مع الآخرين. ويتمتع الفرد بحرية التعبير الانفعالي، فيحب بسهولة أكبر ويكره بتعقل أكثر، ويتخفف من القلق المؤلم، ويحقق الأمن الانفعالي، ويزداد تفاؤله.
* **الموثوقية:** Authenticity ويتضمن كون الفرد موثوقا به فى علاقاته مع الآخرين، وهذا يساعد فى التغلب على الاغتراب والشعور بالوحدة النفسية، ويدعم الانتماء والاندماج الاجتماعى.
* **المسئولية:** Responsibility وتعنى نمو السلوك المسئول لفرد يعيش فى عالم اجتماعى حقيقى يحقق فيه صالحه وصالح الآخرين فى مجال الأسرة، والمجتمع بصفة عامة. ويصبح الفرد قادرا على تحمل مسئولية اختياراته، وقراراته وحلوله لمشكلاته. ويستطيع تعديل قراراته.
* **الفعالية:** Effectiveness ويتضمن ذلك تحقيق الفعالية وتنميتها فى ضوء استعدادات الفرد ومهاراته، وقدراته، بحيث يستطيع تحقيق مطالب النمو والحياة بفاعلية فى مراحل نموه المختلفة

أبعاد العلاج بتحقيق الذات:

هناك ثلاثة أبعاد رئيسية للعلاج بتحقيق الذات هي:

- البعد الفلسفى (يركز على الأسس والأهداف).
- البعد البنائى (يركز على بناء الشخصية الدينامي).
- البعد التنموى (يركز على مراحل النمو).

أولا: البعد الفلسفى:

يعتبر العلاج النفسى عملية نمو هادف يقوم فيه المعالج بالتأثير فى شخصية الفرد وقيمه.

وهناك بعض الافتراضات الفلسفية التى يقوم عليها العلاج بتحقيق الذات أهمها:

* كل شخص يسعى بطبيعته إلى تحقيق ذاته.
* بينما يتميز مبدأ تحقيق الذات بنظرة مستقبلية، فإنه يحدث خلال عملية النمو الآنى «هنا والآن».
* بينما الكثير من سلوك الفرد يتحدد فى ضوء تاريخه الشخصى وقوى لاتخضع لإرادته، فإن عملية تحقيق الذات تفترض أن مستقبله يتيح مجالا لحرية الاختيار.
* يلقى افتراض حرية الاختيار، قدرا كبيرا من المسئولية على الشخص فى تحقيق ذاته، فهو لايستطيع الاعتماد على الآخرين أو لومهم لتحقيق نموه أو لقصوره. فعلى الرغم من أن النمو يحدث فى إطار اجتماعى فإن الفرد وحده مسئول عن حياته.
* بينما بعض أشكال السلوك انعكاسية أو فطرية أو تنتج عن تغيرات كيميائية أو عصبية، فإننا نجد أن السلوك الاجتماعى متعلم، وأن التغيرات فى السلوك تحدث نتيجة لعملية تعلم نشطة.
* تحقيق الذات يتم فى إطار تفاعل اجتماعى مع والد أو أخ أو صديق أو معلم أو مرشد أو معالج... إلخ. ويصبح التفاعل الاجتماعى هو وسيلة تحقيق الذات كما يتضح فى صدق المشاعر والوعى بالذات وحرية التعبير والثقة بالنفس وفى الآخرين، ويترجم هذا الوعى إلى سلوك.

* كل شخصية تتضمن حالات من التناقض يتم التعبير عنها والوعى بها فى عملية تحقيق الذات، ومن أمثلة ذلك: الاعتماد ـ الاستقلال، الحنو ـ العدوان، المساندة - النقد... إلخ.

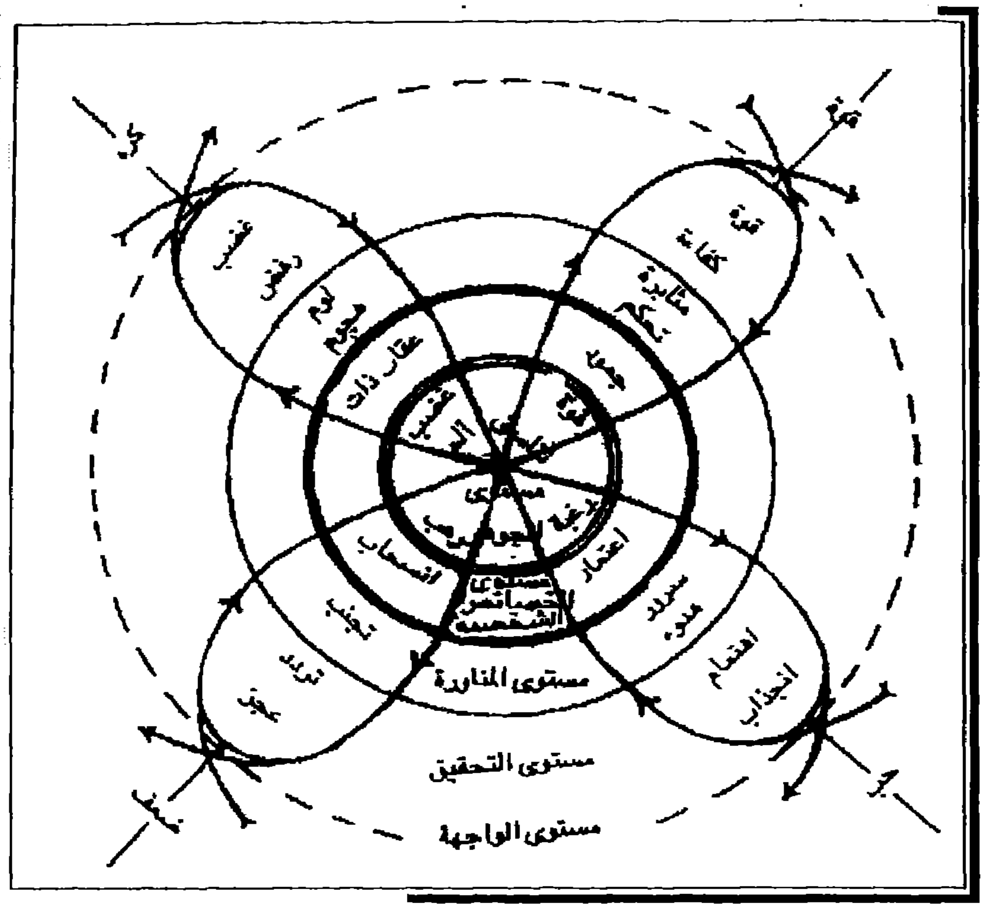
ثانيا: البعد البنائى والدينامى:

يعبر عن البعد البنائى والدينامى فى شكل منظومة تتضمن عددا من المستويات ذات الوظائف والأهداف المحددة لتحقيق الذات. وقد وضع هذه المنظومة ايفيريت شوستروم وآخرون.Shostrom et al (١٩٧٦). وتتضمن المنظومة خمسة مستويات:

* مستوى الواجهة.
* مستوى التحقيق.
* مستوى المناورة.
* مستوى الخصائص الشخصية.
* مستوى الجوهر (اللب والصميم).

(انظر شكل ٥٢).

وهذه المستويات متشابكة، وتمثل مستويات الوعى الذى يكون أعلاه نحو الخارج (عند مستوى الواجهة) وأدناه (عند مستوى الجوهر). ويلاحظ أن مصطلح منظومة يستخدم لإيضاح التفاعل الدينامى بين هذه المستويات، أكثر من مجرد خريطة طوبوغرافية للشخصية.



شكل (٥٢) نموذج منظومة تحقيق الذات

وتتصف المنظومة بمايلى:

* **الدينامية:** Dynamism وتشير إلى الطبيعة المتغيرة لنظام الشخصية، فهناك حركة على طول الثنائيات القطبية فى شكل متداخل بين المستويات المختلفة. ويمثل ذلك أسهم تتحرك عبر المستويات، وهذا يعنى أن الفرد يمكن أن يتحرك بحرية من مستوى لآخر، وأن يبدأ عمليات الوعى عند مستوى ويتحرك إلى آخر حيث حاجة الفرد أو مطالب الموقف. ويتحرك الوعى باستمرار فى اتجاه أهداف الفرد لتحقيق ذاته.

* **الطاقة:** Energy وتميز كل مستويات الشخصية وتوفر القوى الدافعة التى تحرك الفرد للنشاط، وتقوم على أساس نظام حاجات حيوى. ويفترض أن الطاقة تحدث بحرية بين مستويات المنظومة.

* **القطبية:** Polarity وتعنى التناقض بين قطبى أبعاد الشخصية. فمثلا إذا كانت الاستقلالية هى الخاصية الواضحة لدى فرد، فمعنى هذا أنه ليس معتمدا. أى أن النقيض وهى الاعتمادية موجودة ولكنها فى حالة سكون. ويهدف العلاج بتحقيق الذات إلى الوعى بالنقيض، فمثلا يهدف إلى أن يعى الفرد قدرته على أن يحب بسهولة، وأن يكره بتعقل، وأن يعى نقاط قوته ليزيدها ونقاط ضعفه ليتحاشاها. وفى شكل (٤٧) يوجد أربعة أطراف قطبية متناقضة: الحب - الكره، القوة - الضعف. ونماذج للمشاعر للتبسيط. ويلاحظ أن هناك أبعاد أخرى ذات أطراف متناقضة وهى مهمة أيضا مثل: السيطرة -الخضوع، الذكورة - الأنوثة، الاستقلال - الاعتماد. والمصطلحات الوصفية على طول متصل تعبر عن الخصائص القطبية لمستوى الشخصية، فمثلا مستوى التحقيق على قطب الضعف يتمثل فى التردد والعجز.

وفيما يلى تحديد لمستويات المنظومة الخمسة:

* **مستوى الواجهة** Façade Level: وهذا المستوى هو الحد ذو النفاذية بين مستوى التحقيق والعالم الخارجي، ويعبر عن النفاذية فى شكل (٤٧) الدائرة المتقطعة. وتختلف النفاذية حسب حاجات الشخص للدفاع أو حرية الاتصال. فالانفتاح على الآخرين مثلا يعبر عن نفاذية الواجهة. والوظائف الرئيسية لمستوى الواجهة هى الدفاع عن الشخص ضد المهددات النفسية الخارجية، ومداراة المشاعر فى المستويات الأخرى عن الآخرين، وتقديم الصورة العامة للشخصية. ويتحكم مستوى المناورة إلى حد كبير فى وظائف الواجهة. وهنا تنشأ الوظائف الدفاعية مثل: الإسقاط والإنكار وغيرها.

ومن أهداف عملية تحقيق الذات جعل الشخص أكثر وعيا بوظائف

مستوى الواجهة، وجعل الوظائف الدفاعية تحت ضبط مستوى التحقيق.
ومن أهداف عملية تحقيق الذات أيضا إحداث تطابق بين الصورة العامة التى تظهر على مستوى الواجهة، والصور الخاصة فى المستويات الأخرى. فمثلا عندما يكون الشخص فى حفل فإن سلوكه يكون على مستوى الواجهة وفى إطار توقعات الآخرين أكثر منه فى إطار المشاعر الخاصة فى المستويات الأخرى.

* **مستوى التحقيق** Actualizing Level: هذا هو أول مستويات الوعى فى المنظومة، وعند هذا المستوى يستطيع الفرد أن ينظر إلى نفسه كموضوع - أى «أنا». ومستوى التحقيق هو مركز العقلانية وترتيب الخبرة.

وعند مستوى التحقيق يتم تنقية واختبار المثيرات التى يستجيب لها الفرد، ويتم ترميز وإخراج المشاعر التى تصدر من المستويات الأخرى فى المنظومة. وهو بهذا يعتبر أكبر قوة تكاملية فى المنظومة. وهو يقارن المدركات الحاضرة بالخبرات الماضية وبالمعلومات فى المستويات الأخرى. وعندما يعمل مستوى التحقيق بفعالية فإنه يرضى الشخص، ويكون نظام التحقيق قويا. فالشخص يدرك الأحداث بدقة فى ضوء خبراته، وهو يعى شعوره بالكفاءة بالتعامل مع الضغوط الداخلية والخارجية، والتوافق بين المتناقضات، وهو يعى ويشعر بقيمته وفرديته كهدف من أهدف عملية تحقيق الذات.

ومن أهم وظائف مستوى التحقيق وظيفة «الفعل» Action مثل: حل المشكلات، واتخاذ القرارات. وهو مركز النشاط فى الشخص. ومن وظائف مستوى التحقيق أيضا التعبير عن المشاعر خاصة مع الآخرين. وهدف عملية تحقيق الذات هو تيسير التعبير النشط للمشاعر الأساسية بحرية.

* **مستوى المناورة** Manipulating Level: الوظيفة الرئيسية لهذا المستوى فى المنظومة هى توجيه الشخص فى براعة وانضباط فى تحقيق الأهداف وحماية الذات والتعامل ببراعة مع الآخرين والبيئة، وتحقيق مطالبها.

ولهذا المستوى وظيفة حماية، فهو «الجلد السميك» thick skin في المنظومة، وهو الذى يجعل الآخرين يرون أن الشخص غير حساس أو جامد. وهنا قد يبدو الشخص وهو يدافع عن نفسه أحيانا يؤلم الآخرين.

* **مستوى الخصائص الشخصية** Character Level: يعتبر هذا المستوى أساس هوية الشخص. ويلاحظ أن أنماط الخصائص والصفات الشخصية يعبر عن أساليب التعامل مع العالم الخارجي مثل: العدوان والاعتماد والرفض والتقبل.

ومن وظائف مستوى الخصائص الشخصية توفير تعريف الذات مما يتضح فى أنماط الاستجابات المتعلمة لمواقف الحياة والتى تأخذ شكل استجابات نمطية علي الأبعاد المتناقضة الأقطاب. ويلعب مستوى الخصائص الشخصية دورا وقائيا فى خدمة تحقيق الذات. ويلاحظ أن مستوى وعى الشخص بمستوى الخصائص الشخصية يكون عادة منخفضا.

ومن أهداف عملية تحقيق الذات خلخلة الحدود بين مستوى الخصائص الشخصية، ومستوى الجوهر، بحيث يمكن تعديل الخصائص والصفات الشخصية الأساسية لخدمة أهداف تحقيق الذات.

* **مستوى الجوهر** Core Level: هذا هو مركز ومحور المشاعر الأساسية أو ما يمكن أن يسمى «طبيعة الفرد الإنسانية» أى التى تميز جميع البشر، وفى نفس الوقت تبرز فردية الشخص. إنه مركز وجود الفرد. وفى هذا المستوى تكمن الحاجة الأساسية للخصوصية.

وفى هذا المستوى تلتقى المشاعر على طول المتصلات متناقضة الأقطاب. فقد توجد فى مثل هذا المستوى مشاعر مؤلمة مثل: مشاعر نقص الحب، أو نقص الحرية، أو مشاعر الرفض، وهذه مشاعر مؤلمة. وتتضمن عملية تحقيق الذات مساعدة الشخص لكى يعى هذه المشاعر، وأن يسيطر عليها وأن يتحمل مسئولية تحقيق ذاته.

ومستوى الجوهر هو مركز الخصائص الإيجابية والقوية أيضا، مثل:

تناسق الثقة والقيمة والجمال. ومن أهداف عملية تحقيق الذات الوعى بهذه المشاعر وتعزيزها.

وهكذا فإن مستوى الجوهر متكافئ، أى ليس إيجابيا ولا سلبيا ومستوى الجوهر يعتبر عامل دافعية قوى فى الشخص تصدر عنه طاقة كبيرة للسلوك، ومنه تصدر الدوافع الأساسية مثل: الأمن والجنس، وهو بهذا مستوى مسيطر فى الشخصية، خاصة فى حالات التهديد والأزمات.

ومعظم المشاعر فى مستوى الجوهر تؤثر فى سلوك الشخص. ويلاحظ أن بعض الناس يحركهم ويدفعهم لذة عمياء ويسعون للتخفف من الألم، وآخرون يحركهم ويدفعهم التحدى والاجتهاد.

ومن أهداف عملية تحقيق الذات أن يسعى الشخص وراء أنشطة وعلاقات لها معنى تحقق قيمته.

ومن المبادئ الأساسية لعملية تحقيق الذات إقامة الاتصال بين مستوى الجوهر ومستوى التحقيق. ومن الطرق الأساسية فى ذلك، التعبير عن المشاعر بالكلام، والحركة، والخيال، وغير ذلك من الأساليب الإسقاطية مما يزيد من وعى الفرد، وزيادة تحمله مسئولية سلوك بناء يخدم عملية تحقيق الذات وتنميتها. والتعبير عن المشاعر المؤلمة فى مستوى الجوهر من خلال العملية العلاجية يؤدى إلى تحقيق التناسق والسلم والسعادة.

ثالثا: البعد التنموى:

يقوم العلاج بتحقيق الذات على أساس نموذج الشخص الذى يحقق ذاته كهدف تنموى أكثر منها علاج حالة مرضية، أو حل مشكلات مباشرة فى الحياة.

المبادئ الأساسية للنمو:

هناك مبادئ عامة عديدة للنمو النفسى من أهمها ما يلي:

* النمو عملية تقدمية تراكمية - بمعنى أنه يحدث فى خطوات وعلى مراحل.

* عملية النمو تكاملية ومتمايزة - أى أن النمو عملية بناء وتنسيق وتمايز فى نفس الوقت. فمثلا نجد أن أنماط السلوك الطفلى لابد أن تتلاشى ليحل محلها أنماط سلوك الرشد.
* يعتمد النمو النفسى على مبدأى النضج والتعلم.
* يعتمد النمو النفسى على الاتصال الاجتماعى.
* يأخذ النمو طريقه من خلال العلاقات الإنسانية.

ويستنتج من هذه المبادئ أهمية العلاقة العلاجيةفى تصحيح مسار النمو إذا حدث به أى اضطراب. ويأتى على رأس هذه المبادئ الطاقة الانفعالية على الحب كطاقة ضرورية للنمو السوى. ولاشك أن خبرة الحب والتعبير عنه لهما معنى خاص وأهمية كبيرة فى النمو النفسى ولتحقيق الصحة النفسية والجسمية للفرد فى كل مراحل نموه من الطفولة حتى الشيخوخة.

ومعروف أن الحرمان النفسى والإحباط لهما آثار سيئة فى كل مراحل النمو.

ويرى بعض المعالجين أن الفرد يصبح مريضا نفسيا عندما لاتتحقق مطالب نموه، وعندما تكف عمليات نموه السوي، وعندما تظهر مشكلات النمو.

ومن المعروف أن المريض هو نتاج كل الخبرات التى مر بها حتى لحظة بدء علاجه. وبالإضافة إلى ذلك فإن الخبرة التى تعرض لها فى سنوات حياته الأولى تحدد نمط التوافق الذى يتبعه فى مراحل نموه التالية. ومعظم الأفراد يتعرضون لمشكلات خلال مراحل نموهم. وإذا ما حلت هذه المشكلات بنجاح فى حينها، فإن النمو النفسى يتقدم بسلام. أما إذا كانت المشكلات شديدة وصعبة الحل، فإنها تعوق النمو وتكف أو تحطم إمكانات تحقيق الذات.

المراحل العامة للنمو:

تحدث أحداث هامة خلال رحلة نمو الفرد وذلك فى مراحل نمو متتالية. وفيما يلى ملاحظات حول هذه المراحل:

ويحدث النمو النفسى على مرحلتين عامتين:

* الأولى: من الميلاد حتى حوالى ٣٥ سنة.

* الثانية: من سن ٣٥ حتى نهاية العمر.

وتعتبر المرحلة الأولى (من الميلاد حتى ٣٥سنة) مرحلة البناء والتمكن حيث يكون لدى الشخص طاقات للتعلم والتوافق مع بيئته الخارجية وحاجاته الداخلية ودوافعه، ويكون ذكاؤه ونضجه الجسمى والانفعالى فى خدمته لتحقيق أهدافه التى تحددها وتحدها بيئته المادية والثقافية . وفى هذه المرحلة يكون الفرد عادات التعاون مع المطالب الوالدية، وينمى مهاراته، ويدخل فى مهنة ويتقدم فيها. وفى نهاية المرحلة الأولى تكون إمكانات الفرد العقلية والجسمية والانفعالية قد تحددت وجهتها وتبلورت، واتخذ قراراته واختياراته وأتقن مهاراته، وحدد فلسفة حياته.

وفى المرحلة الثانية (من ٣٥ سنة حتى نهاية العمر) يكون الفرد قد أتقن التعامل مع البيئة الاقتصادية والاجتماعية وتحققت مطامحه فى الحياة، وتحل أهداف النضج والشيخوخة محل أهداف الشباب، وتبدأ القدرة على التعلم والقدرة الجسمية فى التدهور، ويجد الفرد نفسه، ويراجع قيمه، ويسير حسب فلسفة حياة على مستوى أنضج حتى نهاية الحياة.

ومن وجهة نظر العلاج بتحقيق الذات، **يسير النمو فى مراحل فرعية متتالية على النحو التالي:**

مرحلة الاعتماد (من الميلاد حتى عامين): وخلال هذه المرحلة يتعامل الرضيع مع البيئة من خلال عملية الغذاء (المرحلة الفمية). وإذا كان اتجاه الأم متقبلا دافئا مشبعا لجوع الطفل، فإنه يشعر بمشاعر سارة مع غذائه وإذا شعر بالرفض أو البعد فى علاقة التغذية، فإنه يشعر بالقلق وعدم السرور.

وترتبط وظائف المص والغذاء بمشاعر الأمن. وفى هذه المرحلة يكون الطفل معتمدا يحتاج إلى الأمن والحب. وإذا تم تغذيته بانتظام مع حب

ودفء، فإنه يشعر بالطمأنينة ولا يشعر بالتوتر. أما إذا شعر بالحرمان المبكر أو المفاجئ فإنه يشعر بالقلق والتوتر. وإذا أشبعت الحاجة إلى الاعتماد فى هذه المرحلة، فإن الطريق يصبح ممهدا للنمو الطبيعى للمرحلة التالية.

وإذا شعر الطفل بالحرمان والإحباط فى المرحلة الفمية، فإن هذا يؤثر فى نمو شخصيته.

وهكذا فإن إتقان علاقة الاعتماد على الوالدين أمر مهم.

والحب في هذه المرحلة يعتبر إحدى حاجات الاعتماد الأساسية. وقرب نهاية هذه المرحلة يبدأ الطفل تدريجياً فى التباعد عن الوالدين، و يبدأ فى التعامل مع الواقع خاصة بعد فطامه.

مرحلة الاستقلال (من عامين حتى ثلاثة أعوام): يكون الطفل فى هذه المرحلة مازال قاصرافى كثير من الأشياء، ولكنه يبدأ فى الاستقلال حيث يكون قد مشى وأصبح قادرا على استخدام يديه بمهارة أكثر فى التعامل مع الأشياء، وفى التحكم فى حركته، وفى التفريق بين عناصر بيئته والتى تشبع حاجاته وتشعره باللذة ويصبح مستكشفا ويشبع حاجاته إلى الاستطلاع. ويشعر الطفل بقدرته ويمارس الاعتراض على التعليمات التى تحد من حريته للحصول على ما يريد وفى التعامل مع ما يريد.

ويطلق البعض على هذه المرحلة اسم «المرحلة السالبة». ويشعر الطفل بنمو الاستقلال لديه، ويشعر بذاته، ويختبر مشاعر الآخرين واتجاهاتهم نحوه، ويحاول عمل أشياء كثيرة مستقلا عن أمه، ويبدأ فى الاستغناء عن وجود أمه معه معظم الوقت، ويمكن أن ينتظرها إلى أن تعود، ويثق فى نفسه أكثر.

وهذه هى «المرحلة الشرجية». فالاحتكاك الأول بين حاجة الطفل إلى الاستقلال، وضبط الوالدين للطفل ترتبط بجهودهما وتشجيعهما على ضبط الإخراج لديه. ويرتبط حصول الطفل على الحب بقدرته على ضبط الإخراج.

وقد يظهر العدوان لدى الطفل، ويحتاج الأمر إلى أن يتعامل الوالدان مع الطفل بحكمة حتى لاتتكون حلقة مفرغة، وحتى لاتظهر ردود فعل نفسجسمية نتيجة للغضب المكبوت، وحتى لا يؤثر ذلك على مستقبل حياة الفرد فى ظهور العدوان.

مرحلة تعلم الأدوار (٤ - ٦ سنوات): وفى هذه المرحلة يكون لدى الطفل حاجة لحرية أكبر للتفاعل مع البيئة، وتظهر أنشطة الاستطلاع والاستكشاف المتزايد فى كثير من الاتجاهات، وينمو لديه الضمير. ويتعلم الطفل فى هذه المرحلة عددا من الأدوار أهمها دوره الجنسى من خلال التوحد مع والده من نفس الجنس، وتنمو لدى الطفل فكرة الذكورة والأنوثة، وتظهر عقدة أوديب (حيث يتعلق الطفل الذكر بأمه)، وعقدة إليكترا (حيث تتعلق الأنثى بأبيها).

ويبدأ الطفل فى تقبل جنسه خاصة إذا كان الوالد من نفس الجنس نموذجا طيبا للتوحد معه وتقليده.

وخلال هذه المرحلة يبدأ الطفل فعلا فى لعب دوره، ويوجهه الوالدان ويضبطان سلوكه من الخارج إلى جانب الضبط الداخلى من جانب الضمير الذى نمى.

وإذا تم تعلم الأدوار بطريقة سليمة مع تجنب الأساليب الوالدية الخاطئة مثل الحماية الزائدة والرفض، وإذا روعى ذلك فى دار الحضانة أو روضة الأطفال سار النمو فى مساره الطبيعى السوي، وإذا حدث عكس ذلك فإن هذا يعقد مسار النمو.

مرحلة المسايرة (٦ - ١٠ سنوات): ينتقل الطفل فى هذه المرحلة إلى العالم الخارجى حيث لا يسيطر عليه الوالدين والإخوة كلية، ويكون بعيدا عنهم لعدة ساعات فى اليوم. ويتولى أمره سلطات أخرى غير الوالدين حين يذهب إلى المد رسة ويتعامل مع المعلمين والزملاء، وعليه أن يساير معايير اجتماعية جديدة خاصة معايير دوره كتلميذ وكرفيق زملاء جدد من الجنسين.

وفى مرحلة المسايرة هذه تستمر حاجة الطفل للحب والفهم والنظام والحرية. ويستطيع الوالدان تهيئة بيئة غنية بهذا كله، تتيح للطفل التعلم والتجريب، وتنمى علاقاته الاجتماعية بما يشعره بالانتماء الاجتماعى المتزايد الاتساع فى الأسرة والمدرسة والمجتمع.

أما إذا مارس الوالدان والمعلمون أساليب خاطئة مثل التسلط والإهمال والحرمان، فإن هذا يحصر الطفل فى إطار مهدد من الإحباطات والتوترات النفسية.

مرحلة الانتقال (١٠ - ١٣ سنة): وهذه هى مرحلة «قبيل المراهقة». وفى هذه المرحلة يحاول الطفل الفكاك من سيطرة الأسرة. وهذه المرحلة هى التى تسبق البلوغ الجنسى. وتكون أخطاء الطفل كثيرة، ويكون غير مستقر وانفعالى، يفضل خارج الأسرة على الأسرة.

مرحلة التركيب (١٣ - ٢٠سنة): وهذه هى مرحلة المراهقة. والسبب فى إطلاق مصطلح «مرحلة التركيب» على هذه المرحلة هو تركيب نتاج المراحل الأربع السابقة حيث يستطيع المراهق أن يرى حياته كوحدة مستمرة خلال مراحل النمو، ويستطيع أن ينظر إلى الخلف فى طفولته، وحتى إلى الأمام مستقبلا.

وفى بداية هذه المرحلة يحدث البلوغ الجنسى وتنتهى الطفولة ويبدأ الشباب. ويلاحظ النمو الجسمى السريع، ونضج الأعضاء التناسلية، ويشعر المراهق بالثوران الفسيولوجى والنفسي، وتتزايد الحاجات الداخلية والضغوط الخارجية وتتضح الصراعات.

وتتضح الفروق الفردية فى معدلات النمو الجسمي، وتتضح الفروق بين الجنسين مما ينتج عنه بعض المشكلات. فالبعض يلاحظ لديه البكور الجنسي، والبعض يلاحظ لديه التأخر الجنسى. والإناث كما هو معروف يسبقن الذكور فى البلوغ الجنسى.

وقد يلاحظ الارتباك فى هذه المرحلة أو اختلاف معدل النمو فى مظاهره المختلفة أو الانحراف عن معدله.

ويلاحظ أن الفروق بين الجنسين في النمو في أول المراهقة تباعد بين الجنسين مؤقتا لسبق بلوغ الإناث عن الذكور.

هذا وقد يلاحظ فى مرحلة المراهقة بعض التجريب الجنسى وما يصاحب ذلك من قلق مما يحتاج إلى توجيه وإرشاد. وإذا حدث وكان هناك محددات لسلوك المراهق وتسلط عليه، فقد يظهر نوع من التمرد والسعى لتحقيق الاستقلال. ويلاحظ الاتجاه نحو الجنس الآخر.

ويلاحظ فى هذه المرحلة الكثير من الأسئلة والاهتمامات التى تحتاج إلى توجيه وإرشاد.

ومعروف أن مرحلة المراهقة يحدث فيها بعض التناقض الانفعالى حيث يستطيع المراهق أن يحب ويكره فى آن واحد.

مرحلة التجريب (٢٠ - ٣٥ سنة): وهذه هى مرحلة الرشد المبكر. ويكون فيها الراشد مستقلا تماما، يخوض مجال العمل والحب، ويتخذ قرارى المهنة والزواج، وعليه اتخاذهما بحكمة بمساعدة المرشد النفسى.

وفى هذه المرحلة التجريبية يمر الراشد بخبرات كثيرة هامة قد يتخللها أزمات لأن الحياة التعليمية لاتكون قد أعدت الفرد تماما للحياة العملية وتحقيق مطالب النمو.

وهكذا تكون مرحلة الرشد المبكر مرحلة توتر لأنها مرحلة انتقال من مراحل نمو وحداتها سنوات إلى مراحل نمو وحداتها مكانة اجتماعية وخبرات. وهنا يرفع الوالدان والمربون أيديهم، ويكون على الفرد أن يقود سفينته بنفسه محاولا مجربا مستعينا بالدراسات الحرة ولاجئا إلى الإرشاد حين يحتاجه. ويعانى بعض الأفراد من ضغوط اجتماعية خاصة كما فى حالات تأخر سن الزواج أو الإضراب عنه. ويحتاج السلوك والعلاقات بين الجنسين إلى ضبط وتوجيه وإرشاد يقلل التوتر ويرشد السلوك.

ويعتبر الاستقرار المهنى والاستقرار الزواجى والإنجاب وتربية الأولاد من أهم مطالب النمو فى هذه المرحلة. وهذه المسئوليات يجب تقبلها وحل ما يعترض تحقيقها من مشكلات.

ومع التغير الاجتماعى المتزايد وخروج المرأة إلى العمل ظهرت مشكلات جديدة أقلها الصراع بين دورها كربة بيت وكعاملة.

ومن المشكلات المقلقة للأسرة خطر تفككها بسبب الطلاق وغير ذلك مما قد يطرأ من مشكلات تتعلق بتربية الأولاد. وهذه كلها تحتاج إلى مساعدة وحل.

مرحل الاندماج (٣٥ - ٥٠ سنة): وهذه هى مرحلة الرشد الأوسط. وهى مرحلة كبرى فى حياة الفرد. وفى النصف الأول من هذه المرحلة يستغل الفرد طاقاته وينسق اهتماماته وقيمه مع شخصيته وبيئته الثقافية، ويكون الفرد العادى قد حقق أهدافه النامية، واستقر ماديا، ويكون الأولاد قد وصلوا لمرحلة المراهقة.

وفى النصف الثانى من هذه المرحلة يكون الفرد وكأنه عبر قنطرة كبيرة فى حياته إلى مرحلة استقرار وعطاء كبير.

مرحلة القعود (٥٠ - ٦٠ سنة): قد تبدأ هذه المرحلة بين الخامسة والأربعين والخمسين حتى الستين. ومعروف أنه بين سن ٤٥ - ٥٠ عند النساء، وبين ٤٥ - ٦٠ عند الرجال تحدث بعض التغيرات الفسيولوجية والنفسية، وقد يشوبها نوع من الاكتئاب الذى يرتبط بسن القعود أو اليأس، حيث يعتقد الفرد أنه قد تجاوز مرحلة الخصوبة، وأنه قد تجاوز مرحلة تحقيق المطامح والأهداف وتشعر النساء بصفة خاصة أن جمالهن يذبل.

وقد يلاحظ فى هذه المرحلة ما يسمى «بالمراهقة الثانية». وقد يعانى البعض من الانشغال بخصوص الصحة والنجاح والقدرة الجنسية. وقد تصدر بعض الأنماط السلوكية الأقرب إلى سلوك المراهقين، فنجد بعض الراشدين قد يفكرون فى الزواج من فتيات صغار، مما قد يترتب عليه بعض المشكلات.

وهذه المرحلة بصفة عامة هى مرحلة المسئوليات الكبرى والقيادة والعطاء.

وفى هذه المرحلة حيث يكون الأولاد قد كبروا أو حتى تزوجوا، تبدأ الزوجة أو المرأة بصفة عامة توجه اهتمامها إلى زوجها. ويقابل ذلك اهتمام مماثل من الزوج، وفهم من الطرفين لمرحلة القعود التى يمران بها.

وفى هذه المرحلة يكون بالأسرة ثلاثة أجيال، يكون الفرد فى وسطها، وكل من الأجيال الثلاثة لايريد العيش مع الآخر، وإذا ما اضطروا للعيش معا فقد تحدث بعض المشكلات التى تحتاج إلى الإرشاد الأسرى.

مرحلة التقييم (من ٦٠ سنة حتى نهاية العمر): وهذه هى مرحلة الشيخوخة. وفيها يقيم الفرد كل ما سبق فى حياته ويفكر فى الموت وقد يعانى من قلق الموت.

وفى هذه المرحلة سواء فى الستين أو الخامسة والستين يحدث التقاعد ويتناقص الدخل، وقد يفقد شريك الحياة بالمرض أو بالموت.

ويلاحظ أن متوسط عمر النساء أطول من متوسط عمر الرجال، ولذلك ففى هذه المرحلة تزداد نسبة الأرامل الذين يضطرون إلى العيش وحدهم أو العودة إلى عمل لكسب رزقهن.

وهذه المرحلة قد تكون مرحلة تكامل الذات أو قد تكون مرحلة يأس، ويتوقف ذلك على مدى توافق الفرد أو سوء توافقه فى مراحل نموه السابقة. وعندما يقيم الفرد سلوكه السابق فى مراحل نموه السابقة، يتوقف على ذلك وجهته بخصوص نهاية الحياة والوفاة.

ويلاحظ أنه على الرغم من وجود تدهور حيوي، فإن الفرد يستطيع أن يستمر منتجا معطاء بقوة الإرادة حين يتقاعد من عمل إلى آخر، وحين يعمل ما حال انشغاله فى مراحل النمو السابقة دون عمله.

وكم من كبار العلماء والأدباء والفنانين أعطوا أكثر ما أعطوا فى هذه المرحلة.

ويمكن اعتبار هذه المرحلة «مرحلة الغروب» وفيها يكتشف الفرد الكثير من أسرار الحياة. ويمكن أن يساعد بشكل واضح الإرشاد النفسى فى الشيخوخة وبصفة خاصة «إرشاد الموت» Death Counselling.

عملية العلاج بتحقيق الذات:

تتم عملية العلاج بتحقيق الذات حين يتحرك الشخص من حالة تتصف بجمود استجابته للعالم من حوله ليصبح أكثر اتصالا وأكثر مرونة، وأكثر وعيا وأكثر فعالية وابتكارية.

وتمر عملية العلاج بتحقيق الذات فى سبع خطوات هي:

* تحديد الهموم والحاجة إلى المساعدة.
* إقامة العلاقة.
* تحديد الأهداف والإجراءات.
* التعامل مع المشكلات والأهداف.
* تيسير الوعى.
* تخطيط أسلوب العمل.
* تقيم النتائج والإنهاء.

تحديد الهموم والحاجة إلى المساعدة:

هدف عملية العلاج فى هذه الخطوة هو تمكين المريض من تحديد همومه ومشكلاته وسبب مجيئه للعلاج. وكثير من المرضى يكون هدفهم واضح، والبعض ليسوا كذلك. وما يقوله المريض قد يوضح اعترافه بحاجته للمساعدة، أو قد لا يوضح ذلك. ولذلك فإن الهدف الثانى هو تحديد واعتراف المريض بحاجته للمساعدة واستعداده لتحمل مسئوليته فى عملية العلاج. وتكون معظم الجلسة العلاجية الأولى حول هذا الموضوع. وفى ضوء نموذج تحقيق الذات فإن أهم الأهداف فى هذه الخطوة هو التغلب على مقاومة مستوى الواجهة.

وفى هذه الخطوة تكون استراتيجية عملية العلاج هى الاهتمام بتغيرات المريض وحركاته، ومساعدته على توضيح همومه أو مشكلته.

إقامة العلاقة:

وهدف هذه الخطوة هو إقامة علاقة تتميز بالثقة القائمة على الانفتاح

والأمانة فى التعبير، وتتضح فيها خبرة المعالج وجاذبيته واستحقاقه للثقة. وتعتمد استراتيجية المساعدة على خبرة المعالج وإجادته للاستماع واستخدامه لفنيات عملية العلاج.

تحديد الأهداف والإجراءات:

وهدف هذه الخطوة هو تحديد أهداف عملية العلاج الخاصة بالمريض فى ضوء ما تحدد فى الخطوة الأولي، وهى تحديد الهموم والحاجة للمساعدة، وتحديد ما يمكن تحقيقه من هذه الأهداف، وما لايمكن تحقيقه منها. ويجب تحديد الأهداف إجرائيا وسلوكيا.

ومن الأهداف تحديد المريض الحقيقى - هل هو المريض الحاضر للعلاج كالزوجة أم غير الحاضر كالزوج؟ أو كالطفل أم الوالد؟

ومن أهداف هذه الخطوة تحديد خطوات وإجراءات عملية العلاج، وتحديد طبيعة الأهداف، وتحديد المسئوليات.

والاستراتيجية المتبعة فى هذه الخطوة تتضمن المناقشة الواضحة والاتفاق بخصوص الإجراءات المؤدية لتحقيق الأهداف.

التعامل مع المشكلات والأهداف:

تحدد الأهداف والاستراتيجيات فى هذه الخطوة على أساس طبيعة المشكلة وشخصية المعالج وشخصية المريض.

وتتضمن هذه الخطوة مزيدا من التعبير عن المشاعر، ومزيدا من إيضاح المشكلة، وتحديد الاستراتيجيات، وتحديد خطوات حل المشكلات، والاستطراد فى اكتشاف المشاعر والتعبير عنها.

وكما عرفنا فى نموذج تحقيق الذات يمكن استكشاف المشاعر والتعبير عنها فى كل المستويات. فهناك إمكانية التعبير عن المشاعر على طول الأبعاد القطبية من مستوى التحقيق إلى مستوى الجوهر والعودة. فمثلا يستطيع المريض استكشاف أمور تتعلق بقيمته كشخص أو بمخاوفه، أو شعوره بالوحدة فى بداية العملية العلاجية. وهنا يشجع المريض على التعبير عن

شعوره بالغضب عندما يعامل بقسوة أو التعبير عن مشاعر الحب عندما يعامل بلطف.

وأهداف العملية فى هذه الخطوة هى تشجيع المريض على استكشاف مشاعره الهامة بالنسبة له فى الوقت الحاضر على طول الأبعاد القطبية. فمثلا قد يطلب المعالج من العميل أن يبالغ فى عدوانيته ليتعرف على مشاعره الأساسية، أو قد يطلب منه التعبير عن المشاعر المعاكسة. والهدف هو الوعى بأنماط المشاعر حتى يستطيع المريض أن يراها فى علاقتها بنمط حياته.

واستراتيجية العملية فى هذه الخطوة هى استخدام أى طريقة تشجع على التعبير الحر عن المشاعر على طول الأبعاد القطبية من مستوى التحقيق إلى مستوى الجوهر.

تيسير الوعى:

ويقصد بذلك تيسير الوعى بتحقيق إمكانات الذات. ويتضمن ذلك تنمية البصيرة والفهم ومعرفة الذات من خلال ما يراه الفرد ويسمعه ويشعر به. ويتضمن ذلك إعادة خبرة الأحداث ورؤيتها فى شكل مختلف أكثر وضوحا، وأكثر تكاملا عن ذى قبل. ويتضمن الوعى مزيدا من الاستكشاف والتحليل والإيضاح. ويتضمن الوعى الجوانب العقلية والانفعالية والسلوكية. ويمكن تيسير وعى المريض بأفكاره ومعتقداته بحيث يغير ما يجب تغييره منها.

وهكذا فإن هدف خطوة تيسير الوعى هو تحقيق الوعى الكافى لتحقيق أهداف الفرد.

ويلاحظ فى بعض الأحيان أن بعض المرضى يتوترون عندما يزداد وعيهم بمشكلاتهم، وهذا يعمل حسابه فى العملية العلاجية، حيث يتتالى الوعى بالخبرات والمشاعر والأفكار ليس مرة واحدة ولكن واحدة تلو الأخرى.

وحسب نموذج تحقيق الذات، فإن هناك أربع استجابات للمناورة تحدث أثناء عملية العلاج:

- أولها: استجابات سارة ومهدئة.

- ثانيها: استجابات مجاهدة وضبط.
- ثالثها: لوم وهجوم.
- رابعها: تجنب وانسحاب.

وعلى مستوى الخصائص الشخصية، تتم مساعدة الشخص ليصبح أكثر وعيا بأنماط سلوكه سواء كان: معتمدا، أو جامدا، أو يعاقب ذاته، أو منسحبا.

وعلى مستوى الجوهر، يتم مساعدة الفرد على الوعى بخصائصه الجوهرية على أكمل وجه ممكن، فيدرك نقاط قوته الأساسية، ويدرك ما يؤلمه، وما يزعجه، ويدرك رغباته. وهذا كله يؤدى إلى نوع من التناسق والثقة فى الذات.

تخطيط أسلوب العمل:

تتضمن هذه الخطوة تخطيط إجراءات عملية يتم فيها اتخاذ قرارات وعمل فعلى. ويتم هذا فى ضوء الوعى الذى تم.

وهكذا فإن هذه الخطوة تتضمن مساعدة المريض فى وضع أفكاره التى اكتشفها ووعاها موضع التنفيذ.

وفى إطار نموذج تحقيق الذات، فإن هذا يعنى تحسن الأداء الوظيفى للشخص على مستوى تحقيق الذات ليمكنه من التحرك بحرية على طول أبعاد مشاعره مستخدما طاقاته العقلية بحيث يحيا فى تناسق مع ذاته.

وهكذا تتم مساعدة المريض على التخلص من مشاعره المعوقة، والانطلاق فى اتجاهات جديدة أكثر فائدة وتحقيقا للهدف من خلال خبرات علاجية حياتية يستخدم فيها المريض قدراته وإمكاناته بنجاح لتحقيق ذاته.

تقييم النتائج والإنهاء:

المعيار الرئيسى للعلاج الناجح والمحدد الأساسى لإنهاء العلاج هو مدى تحقيق أهداف العلاج. وهذا يتم تقريره بواسطة المعالج والمريض، ولا يجوز أن تترك نهاية العلاج نهاية مفتوحة.

ولا شك أن عملية التقييم تتم باستمرار منذ بداية عملية العلاج حتى نهايتها.

ويتناول التقييم ما يلى:

* مدى استفادة المريض، ومجال الاستفادة، وإذا لم تتم الاستفادة الكاملة، فلماذا؟
* ملاحظة سلوك المريض وأدائه على اختبارات ومقاييس نفسية خاصة، والأداء فى الحياة العملية كالنجاح الدراسى والاستقرار الأسرى والتقدم المهنى... وهكذا. وتفيد عملية المتابعة فى هذا الصدد.

فنيات العلاج بتحقيق الذات:

هناك بعض الفنيات يجب الاهتمام بها فى عملية العلاج بتحقيق الذات بصفة خاصة، إلى جانب الفنيات العامة فى عملية العلاج النفسى.

ومن الفنيات الهامة فى عملية العلاج بتحقيق الذات: الاستعداد، والحصول على المعلومات اللازمة، والتشخيص.

الاستعداد:

ويتضمن ذلك بناء الاستعداد للعلاج لدى المريض حيث يجب أن يعرف أنه يحتاج إلى مساعدة وأن يسعى للحصول عليها.

ومن الأمور الهامة لعملية الاستعداد وإعداد المريض تقديم عملية العلاج إليه، ومعرفته بدوره ودور المعالج.

ومن أهم مؤشرات الاستعداد: الاستعداد للتغير، والاتجاه الموجب نحو عملية العلاج، والدافعية القوية.

ومن معوقات الاستعداد: الاتجاه السالب نحو عملية العلاج، والخوف من نقص الخصوصية والسرية، ووجود خبرات سابقة غير سارة ترتبط بالعلاج النفسى. ويمكن التغلب على هذه المعوقات عن طريق التوجيه والتشجيع، وإعطاء المعلومات الصحيحة من خلال العملية التربوية، ومن خلال وسائل الإعلام بما يعتبر توجيهاسابقاً للحصول على خدمات العلاج النفسى.

ويمكن الاستدلال على حسن استعداد المريض حين يدخل فى الموضوع بعمق وبمسئولية ويكشف عن مشكلاته ليس على مستوى الواجهة، ولكن على مستوى الجوهر. فقد يذكر المريض« مشكلة واجهة» مثل ضعف المستوى التحصيلى.

الحصول على المعلومات:

وأهم فنيات الحصول على المعلومات اللازمة هو تاريخ الحالة. ويتضمن تاريخ الحالة جمع بيانات عن المريض فى حاضره وماضيه. ويتضمن معلومات وبيانات عامة عن المريض، وعن تاريخه التعليمي، وتاريخه المهنى، وبيانات شخصية.

ومن أشكال تاريخ الحالة ما يهتم بالجانب الوراثي، والبنائى للشخصية، والجوانب المزاجية والمشاعر والانفعالات، والذكاء والقدرات، والتفكير والانتباه، والعادات، وضبط الذات، والاتجاهات، والسلوك الاجتماعي، ونمط الحياة، ومفهوم الذات.

ومن الفنيات التى تستخدم فى تاريخ الحالة: السجلات التراكمية، والسيرة الذاتية، والإنتاج الأدبى والفنى.

التشخيص النفسى:

يتضمن تحديد الاضطراب أو المرض فى ضوء عملية الفحص ودراسة الأعراض والأسباب.

ويعتمد فى عملية التشخيص أساسا على الاختبارات والمقاييس. وهناك بطاريات اختبارات ومقاييس تشخيصية تستخدم بصفة خاصة فى إطار العلاج بتحقيق الذات، ومن أشهرها: بطارية تقدير تحقيق الذات Actualizing Assessment Battery. هذه البطارية تتضمن أربع استبانات تتناول كل منها جانبا من عملية تحقيق الذات. وتستخدم البطارية للكشف عن استعداد المريض، وفى تشخيص، وتحديد مدى وجود أو غياب اتجاهات تحقيق الذات وسلوكياته، وفى تقدير تقدم عملية العلاج.

وفيما يلى وصف موجز للاستبانات الأربع التى تتضمنها البطارية:

١ـ استبانة التوجه الشخصى: وتقيس التوجه الداخلى مقابل التوجه الخارجى للفرد، والتوجه نحو الماضى والحاضر والمستقبل، ومن بين ما تقيسه الاستبانة درجة تحقيق الذات، واعتبار الذات وتقبل الذات، وتقبل الآخرين، والعلاقات الاجتماعية.

٢ـ استبانة العلاقات الاجتماعية: وتقيس فعالية العلاقات الاجتماعية، وخاصة بين الزوجين أو أفراد الأسرة، وعلاقات الحب والاهتمام. فمثلا توجه الاستجابات نحو شريك الحياة الفعلى أو شريك الحياة المثالى من الجنس الآخر. وتعطى هذه الاستبانة درجة لتحقيق الذات فى العلاقات الاجتماعية الحميمة كما فى الحياة الزواجية. وتتناول المقاييس الفرعية للاستبانة نمو الحب بما فى ذلك حب الذات.

٣ ـ استبانة التجاذب الثنائى: وتقوم على أساس وجود التناقضات الأساسية وبصفة خاصة: الغضب – الحب، القوة – الضعف. وتكشف عن طبيعة التجاذب بين الأزواج مثلا، ومن بينها تحقيق الذات بصفة خاصة والعلاقات المدعمة لتحقيق الذات.

٤ – أبعاد التوجه الشخصى: وهذه أداة بحث تعتبر امتدادا وتطويرا لاستبانة التوجه الشخصى. وهى تفيد أساسا فى تقدير أبعاد مثل: التوجه (الزمان والمكان)، والتناقض (القوة – الضعف، الحب – الغضب)، والتكامل، والوعى.

العلاقة العلاجية:

العلاقة العلاجية هى قلب العملية العلاجية ومن أهم عناصرها. وهى العلاقة والتفاعل بين المعالج والمريض.

وتعتبر اتجاهات كل من المعالج والمريض متغيرا هاما فى العلاقة العلاجية. ومن المهم أيضا كيف يستفاد من هذه العلاقة فى مساعدة المريض.

ومن المهم أن تكون هذه العلاقة نموذجا لما ينبغى أن تكون عليه العلاقات الاجتماعية.

وبلغة نظرية تحقيق الذات، تعتبر العلاقة العلاجية الوسيلة الرئيسية التى يمكن من خلالها التعبير عن المشاعر المتناقضة وحل المشكلات واتخاذ القرارات... إلخ.

وللعلاقة العلاجية أبعاد أساسية متقابلة أهمها: الخصوصية والعمومية، والموضوعية والذاتية، والغموض والوضوح. وعلى المعالج أن يتعامل مع المريض على طول هذه الأبعاد المتناقضة الأطراف.

وتتم العلاقة العلاجية فى إطار أخلاقيات العلاج النفسى بصفة عامة. ولكى يقيم المعالج علاقة علاجية ناجحة، فإن عليه أن يتقن مهارات إقامة العلاقة، وأن يكون تلقائيا ومتقبلا ومهتما، ومتفهما، ومشاركا انفعاليا، يفهم المريض من واقع إطاره المرجعي، وقادرا على تحمل المسئولية.

وتتم العلاقة العلاجية كمواجهة بشرية فى مناخ نفسى آمن من أهم عناصره التى يجب توافرها: الدفء والحرية والصراحة والانفتاح والمرونة والتواضع.

وفى العلاقة العلاجية تكون مساندة المريض ذات أهمية خاصة عند حدوث أزمات يجب التغلب عليها، وذلك بتوفير الراحة والأمن والمناخ الانفعالى والاجتماعى المناسب، مما يمكن من حل المشكلات.

استراتيجيات العلاقة العلاجية: هناك استراتيجيات متعددة لتحقيق العلاقة العلاجية وأهمها:

* **بدء العلاقة:** وتتضمن تحية المريض، وموضوعات بدء العلاقة، والاستعدادات المكانية، والاتجاهات الإيجابية.

* **التعبير عن المشاعر بصدق:** سواء بالأساليب اللفظية أو عن طريق الخبرات غير اللفظية بحيث تعبر عن السرور والأمن والثقة والقيمة

والحب والتفاؤل والدفء، مع تجنب مشاعر الإثم والرفض والخوف والاكتئاب والتقزز والتشاؤم والتمرد والرفض والعدوان.

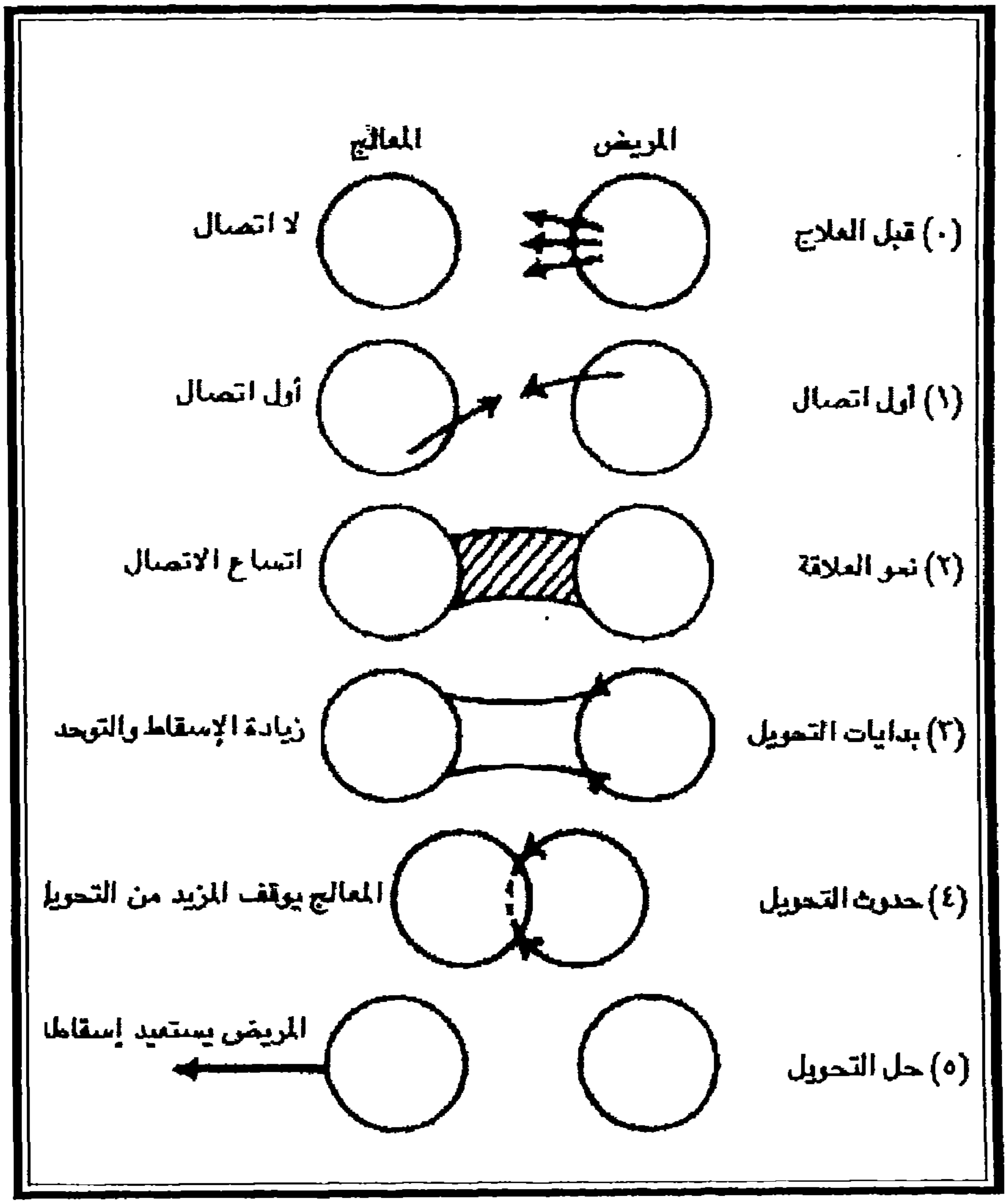
* **التقبل:** ويتضمن التعبير لفظا وإشارة، خاصة الوجه واليدين.
* **الاتفاق على طبيعة ومحددات وأهداف عملية العلاج:** فيما يشبه التعاقد بين المعالج والمريض.
* **الإصغاء:** ويتضمن حسن الإصغاء المتبادل بين المعالج والمريض.
* **القيادة:** وتتضمن المبادرة والهداية والإرشاد والقيام بالخطوات الأولى والتشجيع.
* **الطمأنة:** وتتضمن المساندة وخاصة أثناء المواقف الحرجة.
* **مهارات الإنهاء**: وتتضمن مهارات إنهاء وحدات المناقشة، ومهارات إنهاء الجلسة، ومن أهمها التلخيص والإشارة إلى الجلسة القادمة، وما يتوقع من المريض بعد الجلسة، ومهارات إنهاء عملية العلاج، ومنها الإشارة إلى تحقيق الأهداف والإشارة إلى المتابعة.

معوقات العلاقة العلاجية: ويقصد بها ما قد يطرأ على العلاقة العلاجية من معوقات يجب التغلب عليها حتى تسير العملية العلاجية نحو أهدافها. وأهم المعوقات هى:

* **التحويل**:Transference حيث يعبر المريض عن انفعالات نحو المعالج كإسقاطات لاشعورية لخبرات سابقة وحاضرة يتم إحياؤها وطرحها على شخص المعالج، ومعظم هذه الانفعالات إما حب (تحويل موجب) أو كراهية (تحويل سالب). والتحويل له درجات (حسب الشدة) هى مشاعر التحويل وحالة التحويل، وعصاب التحويل. ويمكن الاستفادة من التحويل فى فهم وتشخيص حالة المريض. ويوضح شكل (٥٣) نمو علاقة التحويل بين المريض والمعالج وحلها. ويلاحظ أن حل التحويل آمر هام سواء كان موجبا أو سالبا. ويلاحظ أيضا أن التحويل الموجب

قد يتبعه تحويل سالب. وحل التحويل يتلخص فى إخراج المريض من الحب بعد أن وقع فيه، أو تخليصه من كره تورط فيه. ويمكن للمعالج استغلال التحويل كوسيلة لتفريغ انفعالات سابقة مكبوتة، وكعينة لسلوك المريض. ويجب على المعالج الحرص والحيلولة دون تعمق علاقة التحويل. ويجب العمل على حل التحويل فى الوقت المناسب، وذلك عن طريق إفهام المريض بحقيقة المشاعر وتفسيرها وردها إليه.

* **المقاومة:** Resistance تعتبر المقاومة التى تظهر أثناء عملية العلاج إحدى الوظائف الدفاعية فى مستوى المواجهة، وهى قوى لاشعورية مقاومة أو مضادة لعملية العلاج. وعلى المعالج أن يقلل من مفعولها أو القضاء عليها. ومن أهم أسباب المقاومة حرص المريض على ستر سره ومقاومة كشف سره أو كشف ستره. والمقاومة عكس التعبير الحر. وتظهر المقاومة الصريحة من خلال رفض العلاج واتخاذ موقف مضاد، وعدم المواظبة، ونسيان مواعيد الجلسات، ونقص الاهتمام، والصمت، والانسحاب. وتحدث المقاومة عندما يدرك المريض تهديدا نتيجة لكشف ذاته أو فقدان مكسب ثانوى يحصل عليه من المرض، فيهب لاشعوريا للدفاع فى شكل مقاومة للعلاج. وعلى المعالج مقاومة المقاومة حتى قبل ظهورها. ومن أساليب مقاومة المقاومة: البساطة والصراحة، وروح المرح، وتدعيم الثقة والتفاؤل، وتأكيد السرية فى إطار الألفة والمناخ الديموقراطي، وتخفيض الشحنة الانفعالية خلال الجلسات العلاجية، وتقبل المريض ومساندته وتفسير المقاومة وتفنيدها مع المريض.



شكل (٥٣) نمو علاقة التحويل بين المريض والمعالج، وحلها

الفصل الثالث والعشرون
العلاج النفسى بالفن
ART PSYCHOTHERAPY

ماهية العلاج النفسى بالفن:

العلاج النفسى بالفن طريقة فعالة فى علاج الاضطرابات النفسية لدى الفرد الذى يعبر سلوكيا بالفن أكثر من تعبيره لفظيا (هاريت وادسونWadeson، ١٩٨٧).

والعلاج بالفن علاج وفن وأكثر. وهو ليس إضافة التعبير الفنى إلى عملية العلاج النفسي، وليس مجرد إضافة العلاج إلى الفن. إنه تركيب وكيان جديد، إن مثله كمثل الماء ليس مجرد هيدروجين وأوكسيجين.

إن التعبير الفنى يستثير الخيال والابتكار، وييسر إخراج المواد اللاشعورية. إنه يتيح التعبير عن الذات وإسقاط صورة الذات وعالم الفرد.

والفن لغة فى حد ذاته يتيح الفرصة للتعبير المرح والجاد فى نفس الوقت، ويتم من خلاله تشكيل إنتاج جميل وغريب وسار وكئيب معبر طول الوقت.

والتعبير الفنى فرصة كبيرة للابتكار والإبداع والسعى نحو الإتقان. إن خبرة مراجعة ما يعمله الإنسان بيديه خبرة عظيمة - خاصة عندما يستطيع أن يعبر بيديه عن ما فى عقله. (انظر أوديت كرامر،Kramer ١٩٥٨، ١٩٧١، ١٩٧٩).

و التعبير بالفن قد يعبر عن العالم الداخلى للفرد أو عن العالم من خارجه، أو يعبر عن عالم جديد.

وبينما يمكن أن يقوم بالإنتاج الفنى شخص بمفرده، فإن العلاج يتضمن

وجود علاقة بين اثنين على الأقل معالج ومريض، هذه العلاقة يمكن أن يطلق عليها مصطلح «التحالف العلاجي»Therapeutic Allience الذى يتضمن العمل معا وليس شخصا يعمل سعيا من أجل شخص آخر.

ويمكن تشبيه عملية العلاج بعملية فلاحة البساتين، فالبستانى يفلح الأرض، ويبذر البذور ويرويها. وهو لا ينمى البذرة لأن البذرة تنمو بنفسها. و بعض العملاء تكون ظروف نموهم غير مناسبة، فضوء الشمس قد يكون غير كاف، وقد تكون التربة مالحة والمياه قليلة.

وفى حديقة العلاج ينمو المريض بنفسه ويستكشف ذاته. والعلاج بالفن أكثر من مجرد فن يستخدم علاجيا أو علاج مضاف إليه بعض الفن.

والعالم الداخلى الخيالى للفرد عالم خاص يمكن أن يعبر عنه فى عالم الإنتاج الفنى المرئى على الورق أو استخدام طين الصلصال. والعلاج بالفن هو الذى يخرج ما بالداخل ليراه، الفرد ويراه غيره.

والتعبير عن النفس واستكشافها وعن الفرد، الذى يعتبر عملا فنيا حين يتكامل مع النمو الشخصى الإيجابى من خلال عملية العلاج النفسي، ينتج عنه تعبير عن الذات واكتشاف لها.

هذا وتعتبر مارجريت نومبورجNaumburg إحدى رواد العلاج النفسى بالفن حيث أسست مدرسة والدين Walden عام ١٩١٥، واشتهرت بدراسة العواطف اللاشعورية من خلال ممارسة الفن، وتحليل الأعمال الفنية وتشخيص الاضطرابات المرضية من خلال تحليل الأعمال الفنية (انظر مارجريت نومبورجNaumburg، ١٩٦٦، ١٩٧٣).

المعالج بالفن:

المعالج بالفن هو أحد طرفى العلاج بالفن. وهو معالج تخصص فى هذه الطريقة العلاجية. والمعالج بالفن هو الثابت نسبيا فى المعادلة، بالمواد، والمكان، والفنيات، بينما المرضى متغيرون، وعملهم دينامى.

و المعالج بالفن لـه خبرات حياته، وهذا يؤثر فى عمله . إنه يـأتى لعملية العلاج يحـمل خبراته الزواجـية والأسرية والوالديـة، ويأتى بخبراتـه السارة والمؤلمة. وعلى هـذا فمن النادر أن تجد معالجـين يقومان بعمليـة علاج بنفس الطريقة تماما على الرغم من أن أهدافهما وتدريبهما قد تكون متطابقة.

وهناك سمـات وخصائص شخصية لابـد من توافرها فى المعالـج بالفن. فإلى جانب اهتمامه وحبه لمساعدة المرضي، فإن عليه مشاركة المريض عمليا. ومن السمات الهامة« الوعى بالذات». حتى يستطيع مساعدة المريض فى أن يعى ذاته. و من السمات الضرورية الانفـتاح، والذكاء، والقدرة على توجيه الذات والابتكار بصفة خاصة. والمشاركة الـوجدانية بصفة عامة حتى يكون المعالـج حساسا لمشكلات واضطرابـات مرضاه. ومن الـسمات الهـامة فى المعالج أن يـكون صحيحا نـفسيا وألا يكون «مـعالجا مريضا» (بـاب النجار مخلوع).

أما عن الخلفية النظرية للمعالج بالفن، فهو ليس له نظرية واضحة المعالم كالتحليل النـفسى أو العلاج السلوكى أو العلاج الجشتالتـى. إنه يستعير من عدد من النظريات مفاهيم تناسبه، ويركز على الابتكار.

وبعض المـعالجين بالفن يـتبنون نظريـات محددة مثل الـتحليل النـفسى. والعلاج بالفن من طبـيعته أنه يقوم على الابتكار. والمعالجـون بالفن يكونون من نظريات علم النفس وطرق العلاج النفسى شكلا علاجيا جديدا.

وكثيـر من المعالجـين النفسيـين والأطباء النـفسيين والمرشـدين النفـسيين والأخصـائيين الاجـتماعـيين يسـتخدمون الـفن فى عـملهـم العلاجـى مع مرضـاهم، ومن هنـا فإن المعـالج بالفـن لابد وأن يحيـط علمـا بالنظـريات الأساسية فـى علم النفس وبالـطرق المختلفة لـلعلاج النفسى دون أن يـتقيد بالضـرورة بنظرية بـعينهـا حتى لايكون مـقيدا بها. والـعلاج بالفـن أساسه الابتكار.

والمعالج بالفن «فنان» إما بالدراسة أو بالهواية أو بالموهبة. والفنان عادة إنسان رومانسى مستقل منطلق لا يتقيد بالتقاليد ويشغل الفن مركز اهتمامه. وحتى إذا لم يكن المعالج بالفن فنانا فعلا فلابد أن يكون قد مر بخبرات عن النفس لاستكشافها عن طريق الفن، وهذا أمر ضرورى حتى يستطيع أن يشجع ويساعد المرضى فى العلاج بالفن. وعلى العموم فإن المعالج بالفن يحسن أن يكون فنانا.

والمعالج بالفن «معالج»، وهذا هو عمله الأساسى، أى أن عمله العلاج ووسيلته الفن، ويحتاج إلى دراسة وتدريب وخبرة فى العلاج النفسى على أوسع نطاق. وإذا كان الفنان يهتم بإنتاجه الفنى فى حد ذاته من حيث جودته وأصالته، فإن المعالج بالفن يوجه كل اهتمامه إلى ما يحقق نموا إيجابيا للمريض بصرف النظر عن جودة الإنتاج الفنى. والمعالج بالفن لكى يكون ناجحا يجب أن يكون معالجا أولا وفنانا ثانيا، وألا يكون معلم فن.

وعلى العموم فإن «المعالج بالفن» يستخدم عملية التعبير الفنى من أجل تحقيق النمو الإيجابى للمريض وحل مشكلاته والتخلص من اضطراباته السلوكية.

والحساسية لحاجات المريض أمر هام للعلاج بالفن حسب جنس المريض، ومرحلة نموه ومشكلاته. ومن المهم جدا أن يعبر الرسم عن حاجة المريض أو يشبع له حاجة.

إجراءات العلاج النفسى بالفن:

يتضمن العلاج النفسى بالفن عدة إجراءات يتعلق بعضها بمتطلبات العملية العلاجية، وبعضها بالبيئة العلاجية، وبعضها بالمواد الفنية. وهناك إجراءات تتعلق بتشجيع التعبير الفنى وفهمه، وإقامة علاقة علاجية وتفاعل مع المريض حول تعبيره الفنى لتشخيص حالته ولزيادة وعيه ونموه.

متطلبات العلاج بالفن:

أما عن متطلبات العلاج بالفن فيقصد بها: المواد، والمكان، وتنظيم عملية العلاج بالفن. وتبدأ بالأسلوب الذى جاء بالمرضى للعلاج وعملية الإحالة، وعناصر الزمن وطول الجلسات وتكرارها، ومدة العلاج بالفن.

أما عن الزمن فيتضمن كلا من الإنتاج الفنى ومناقشة هذا الإنتاج ويتفاوت الزمن الذى تستغرقه عملية العلاج بالفن حسب الحالة، وما إذا كان العلاج فرديا أو جماعيا أو مختصرا (سينرادSinrad، ١٩٦٤). ومن المهم فى العلاج بالفن أن تكون جلساته متصلة، ومستمرة، ويحسن ألا تقل الجلسات عن واحدة فى الأسبوع. ويمكن أن تكون الجلسات ساعة أو ساعتين للجلسة الواحدة، وقد تستغرق معظم اليوم أو ورشة نهاية الأسبوع، ويمكن أن يتم هذا فى مرسم مفتوح يستطيع أن يأتى إليه المرضى ويذهبون فى أى وقت.

وأما عن الأنشطة الفنية فنعنى بها الأنشطة الفعلية فى العلاج بالفن. وهناك أنشطة فنية يطلب من المريض القيام بها، وهناك أنشطة فنية حرة يترك له الخيار فيها، ويتوقف ذلك على مدى الحاجة إلى جمع معلومات معينة عن المريض، أو تحقيق هدف معين، أو تحقيق إحدى حاجات المريض.

وأما عن المواد التى يجب أن تتوافر فأهمها: ألوان الباستيل، وأقلام الفلوماستر، وألوان المياه، والفرش، وطين الصلصال، والخزف، واللوحات وأوراق الرسم، والصمغ، والمقصات، ولوح الكنفاه، وأشغال الإبرة وأدوات التصوير، والفسيفساء والطباعة... إلخ.

وأما عن مضمون العلاج بالفن فإنه يتفاوت من البساطة إلى التعقيد حسب المواد المتوافرة، وحسب الزمن المتاح، وحسب ما إذا كان العلاج فرديا أم جماعيا، وحسب هدف العلاج. فمثلا إذا كان العلاج هو تحسين مستوى التوافق الاجتماعى كان العلاج الجماعى أفضل، وإذا كان العلاج يتم مع المعاقين جسميا ينبغى عمل حساب عامل الإعاقة.

ويمكن أن يتم العلاج بالفن من خلال عمل «مشروعات» يتم التخطيط لها عن قصد بما يتناسب مع قدرات المرضى وحاجاتهم والمصادر والإمكانات المتاحة، ومن أمثلة ذلك مشروعات دراما العرائس.

وهكذا فإن المعالج بالفن يوظف معرفته بالمواد الفنية وحساسيته لحالة مرضاه وحاجاتهم خلال الجلسات العلاجية لتيسير التعبير الفنى لتحقيق الأهداف العلاجية بالنسبة للمريض.

تشجيع التعبير الفنى:

يتم تشجيع التعبير الفنى من خلال تهيئة بيئة علاجية يتم فيها مواجهة ابتكارية فى التعبير الفنى.

والإنتاج الفنى وسيلة خاصة للابتكار حيث يبدع الفرد إنتاجا وعالما جديدا يعبر عن ذاته، ويعتبر امتدادا لذاته يمكن أن يراها، وأن يلمسها وأن يحركها، وأن ينقدها. والإنتاج الفنى بهذه الصورة يصبح جزءا من الذات انفصل عنها معبرا عن قدرة المريض على عمل شئ، فهو يقول إننى عملت هذا ويشعر بالفخر.

ويتضمن التعبير الفنى كذلك المساعدة فى إزالة عوائق التعبير الابتكارى والخوف من الأداء وقلق الأداء. ومما يساعد فى ذلك إقناع المريض أو اقتناعه بأن المعالج ليس حكما ولا مقيما لإنتاجه الفني، ولكنه ميسر متقبل مهتم معالج، بحيث يزول الخوف والقلق.

ويتضمن تشجيع التعبير الفنى أيضا المساعدة فى التخلص من الخوف من كشف الذات لأن المريض يعرف أن المعالج بالفن سوف «يقرأ» إنتاجه الفنى. ويساعد على إزالة هذا الخوف تعريف المريض بأهداف عملية العلاج، وأن المعالج والمريض يقرآن معا ويستفيد المريض مما يكشف عنه التعبير الفنى، وأنهما يريان معا الإنتاج الفنى وقد لا يراه أحد غيرهما حسب رغبة المريض.

وقد يوافق المريض على عرض إنتاجه الفني، وهنا يساعد المعالج لإشعار المريض بالثقة فى النفس والفخر، ويشجعه على المزيد من الإنتاج الفنى.

ومن المفيد فى تشجيع التعبير الفنى استخدام الحوافز الإيجابية كالمكان المناسب والمواد المتوافرة والعلاقة العلاجية الموجبة بين المعالج والمريض.

ويجب أن يعمل المعالج على تجنب مقاومة المريض بالإنتاج الفنى. وهذا يحدث عادة فى حالة دفع المريض دفعا. وقد ذكرنا أهمية التحالف العلاجى بين المعالج والمريض بحيث يكون للمريض حرية الاختيار والتعبير.

فهم التعبير الفنى:

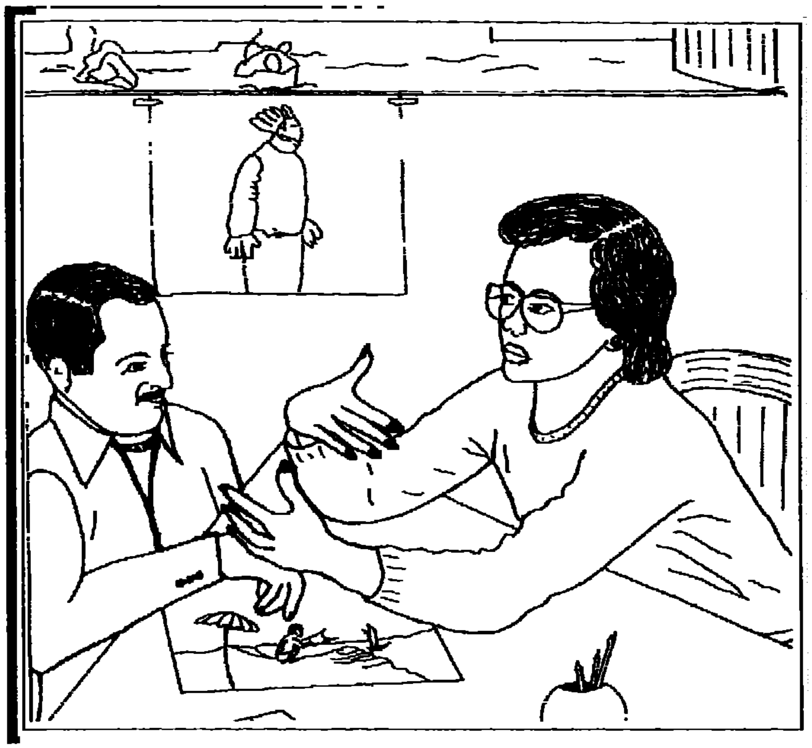
يتضمن التعبير الفنى ماذا تقول الصورة، وماذا يعبر عنه الإنتاج الفنى بصفة عامة، وما تعليق المريض عليه؟ وما علاقته بتاريخه الماضي، وأحداث حياته الحاضرة وفى ضوء علاقته بالمعالج. (انظر شكل ٥٤).

ومعروف أن التعبير الفنى له معنى فى حد ذاته، وأنه فى إطار العلاج بالفن بصفة خاصة يجب النظر إلى التعبير الفنى وفهمه فى ضوء معرفة شخصية منتجه وظروفه.

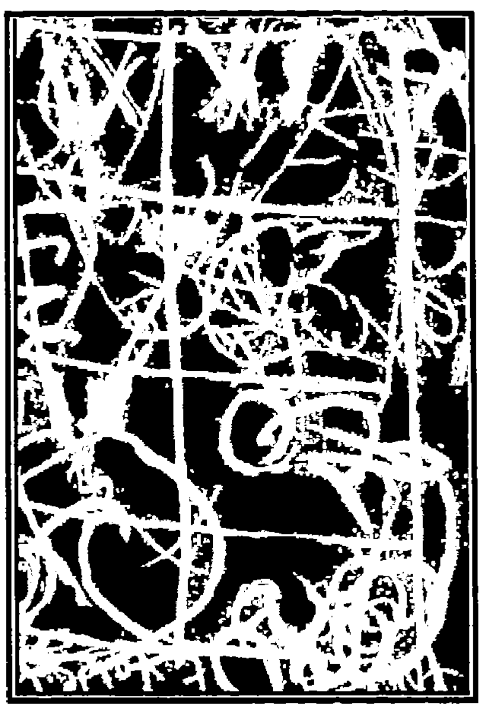
وتقييم التعبير الفني يكون عادة أو غالبا كليا ولا يتناول خاصية تلو الأخرى . فمثلا شكل (٥٥) الانطباع العام عنه هو نقص التنظيم.

وهناك من يفسرون التعبير الفنى فى ضوء خصائص مجردة. فمثلا بالنسبة لخصائص الصور والأدوات، والخامات، والتنظيم، واستخدام المكان، والتوزان بين الأجزاء، والشكل، واللون (كما وتناسقا، وتعبيرا عن الانفعال)، والخطوط (قوة وسمكا، وتحديدا، واتجاها، وكما)، ومركز الاهتمام، وتوزيع الاتجاه، والانتباه، والحركة (نقصها أو السكون)، تعبير عن العنف . وشكل (٥٦) يعبر عن العنف، وشكل (٥٧) يعبر عن العدوان، شكل (٥٨) يعبر عن الحزن.

وهكذا بالنسبة لخصائص النحت: الأدوات والخامات، والحجم، والاستخدام والبنية، والمكان، والتوازن بين الأجزاء، والملمس، والاتجاه، والحركة، والتفاصيل، والمحتوى، والوجدان.



شكل (٥٤) مناقشة الإنتاج الفنى للمريض إجراء هام فى عملية العلاج بالفن

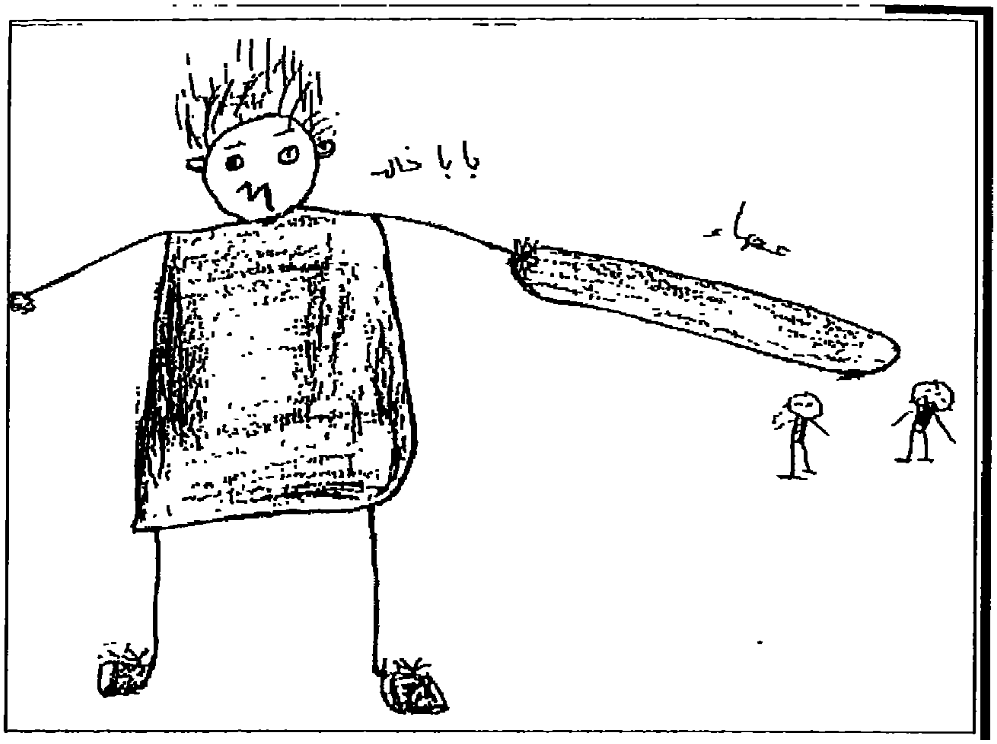


شكل (٥٥)
رسم ينقصه التنظيم (لمريض فصامى)

التشخيص:

يستفاد من الإنتاج الفنى فى عملية التشخيص النفسى. ويلاحظ أنه على الرغم من أن خصائص الرسم والنحت يمكن أن تمدنا بمعلومات عن حالة المريض، فإن المرضى ذوى التشخيص الواحد قد يختلفون فى خصائص رسومهم أو نحتهم مثل: اللون والشكل والتركيز والحركة وغير ذلك.

(مارفين كليبش ولورا لوجى Klepsch & Logie، ١٩٨٢).



شكل (٥٦) تعبير عن العنف

ويلاحظ أن الأدب العلمى ملئ بتعبيرات مثل:

= المفصومون: يرسمون صورا مجزأة، وكأنها مكسرة أو مؤلفة من شظايا.

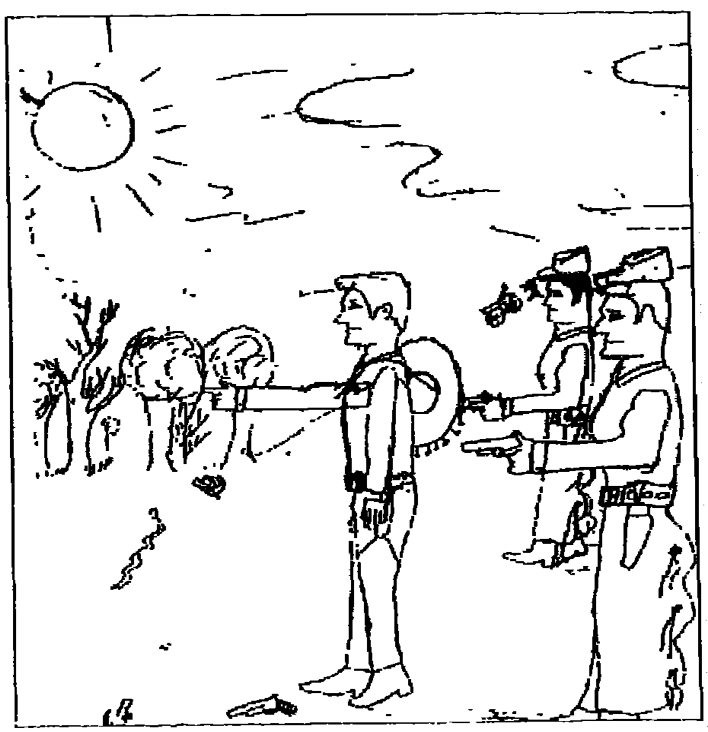
= المكتئبون: يرسمون صورا مظلمة أو داكنة أو سوداء.

= الكحوليون: غالبا يرسمون الماء.

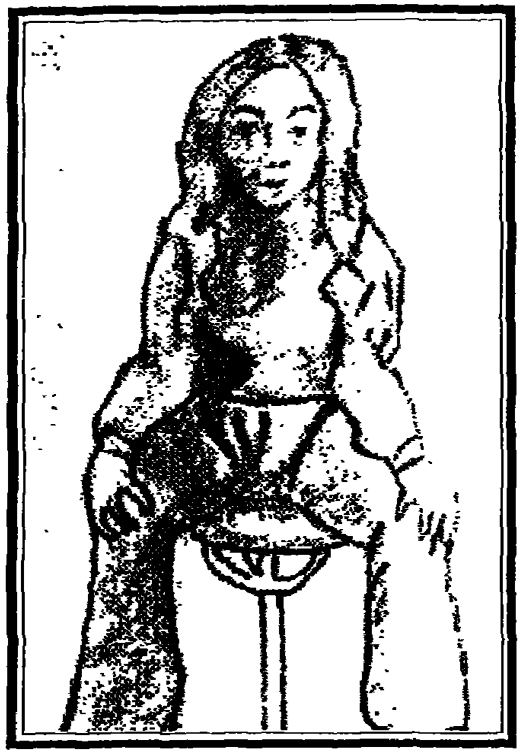
ويجب أن نعرف أنه لاتوجد رسوم يمكن أن تسمى بشقة رسوم

المفصومين، ولكن هناك رسوم من خصائصها الخلط والتقطع والغرابة وهى تشير إلى الفصام. فعلى سبيل المثال، يوضح شكل (٥٩) تطور الاضطراب النفسى كما ينعكس فى الرسم لفنان إنجليزى مريض بالفصام اسمه لويس وينWain. وتوضح الصور الأربع التغيرات التى طرأت على التعبير الفنى بالرسم مع تطور مرض الفصام. ويلاحظ تزايد تشوه وغرابة رسم القطة بعد أن كانت عادية فى الصورة الأولى. وانظر أيضا إلى شكل (٦٠) وهو رسم لمريض بالفصام المبكر بعنوان «الرجل الشجرة» وهو يمسك برأس آدمية. ويلاحظ فى رسم مرضى الفصام كذلك البعد عن الواقع كما فى رسم الشمس والقمر معا أو رسم شمسين معا أو قمرين معافى رسم واحد.

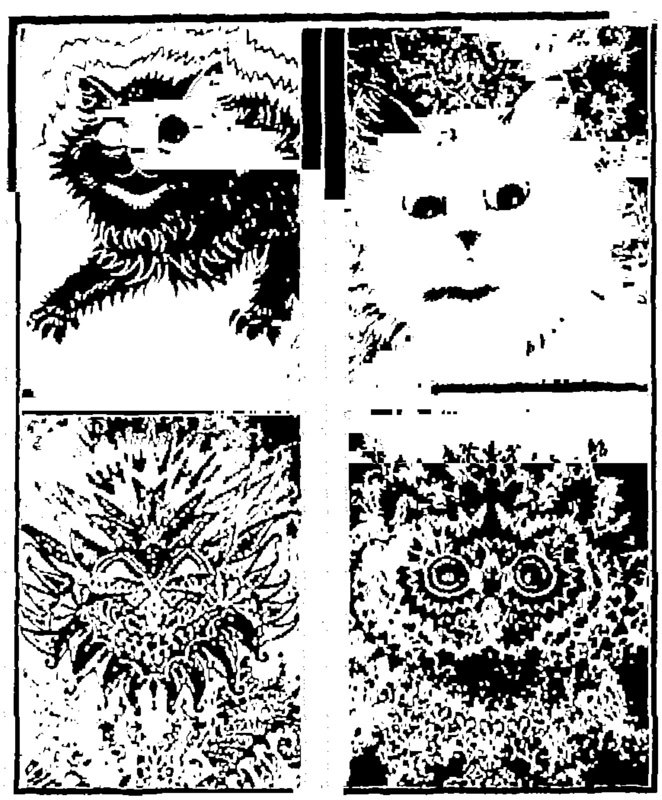
ومعروف أن التشخيص ينبغى أن يكون دقيقا وحريصا وواضحا لما يترتب عليه من إجراءات علاجية. ولذلك نؤكد أن العمل الفنى وحده حتى وإن كاد ينطق معبرا عن نفسه لايكفى لتشخيص مؤكد ويحتاج إلى معلومات إضافية تساعد فى فهمه.



شكل (٥٧) تعبير عن العدوان



شكل (٥٨) تعبير عن الحزن



شكل (٥٩)
تطور الاضطراب النفسى كما ينعكس فى الرسم لفنان مصاب بالفصام



شكل (٦٠) صورة« الرجل الشجرة» (رسم لمريض بالفصام)

التفاعل مع المريض حول التعبير الفنى:

يتفاعل المعالج بالفن مع المريض حول التعبير الفنى سعيا لتحقيق الأهداف العلاجية، وباستخدام الأساليب التى تحقق التحالف العلاجي، ومواجهة ما قد يحدث من طوارئ مثل: التحويل أو المقاومة.

والفن تعبير صادر من المريض، فهو جزء منه ينظر إليه بجد واحترام وعناية وتقبل واهتمام.

ومن الوسائل الهامة فى تحقيق التفاعل مع المريض فى التعبير الفنى فى رأى البعض، مشاركة المعالج للمريض فى العمل الفنى. وفى نفس الوقت يرى البعض عدم اشتراك المعالج مع المريض فى العمل الفنى، حتى يتفرغ المعالج للانتباه للمريض، وحتى لايشتت المريض أثناء عمله الفنى، وحتى لايضيع المعالج وقته فى العمل الفنى. وربما يكون الحل الأوسط هو المرغوب لدى الكثيرين – أى المشاركة المحدودة بقصد تشجيع المريض على

البداية أو الاستمرار وتوثيقا للعلاقة العلاجية. وهكذا نرى أن مهارة وابتكارية المعالج بالفن أمر هام جدا يتطلب فهم الذات وفهم المريض والفن والحياة مع التدريب المستمر والخبرة الواسعة.

ويبذل المعالج جهدا فى تشجيع المريض للاندماج فى العمل الفني، ويلاحظ المريض أثناء العمل، وهل يتم العمل الفنى فى صمت أم يتكلم فى هدوء أم بانفعال، باهتمام أم مجرد أداء واجب؟ وطالما كان المريض مهتما منهمكا فيفضل عدم تدخل المعالج إلا إذا طلب منه المريض ذلك.

وبعد ذلك تبدأ مناقشة العمل الفني. وفى معظم الحالات يبدأ المريض فى الكلام عن عمله الفني. ويساعد المعالج مريضه فى استكشاف عمله الفنى أكثر، ويمكن توجيه بعض الأسئلة الاستيضاحية.

وقد تؤدى مناقشة العمل الفنى إلى ما هو أبعد من مجرد مناقشته. ويناقش المعالج ما عساه أن يكون موجودا فى الرسم من مشاعر وانفعالات تم التعبير عنها كما يتضح فى تعبيرات الوجوه، واستخدامات الألوان... إلخ.

ويستمر المعالج فى تشجيع المريض على المناقشة والاستكشاف والتفسير.

وقد تؤدى مناقشة التعبير الفنى إلى التداعى الحر أو الترابط الطليق، وإلى حكاية قصص يستثيرها العمل الفنى، ومناقشة عناصر معينة فى الرسم.

وتحتاج مناقشة العمل الفنى إلى مهارة خاصة، وخبرة فنية وعلاجية. ويتم العمل الفنى والعملية العلاجية فى إطار تحالف علاجى ومشاركة مستمرة.

ويجب التغلب على ما قد يطرأ من مقاومة، والتى تظهر فى عدم إقبال المريض على الانتاج الفنى أو إحجامه عن مناقشته أو إنتاج أقل القليل منه. وفى هذه الحالات وغيرها يحاول المعالج تشجيع المريض وتنشيطه وإقناعه بعمل مزيد من الإنتاج الفنى.

ويجب أيضا التغلب على ما قد يطرأ من تحويل موجب أو سالب من قبل المريض تجاه المعالج باستخدام فنيات تحليل التحويل المعروفة.

وفى تحليـل التحويل تستـخدم المواد الفنيـة. فالمعالج بالفـن هو الذى يمد المريض بالمواد وكأنه الوالد الذى يمد ولده بالمواد مجانا. هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى فقد ينظر إلى المعالج على أنه آمر ناه وهو يطلب من المريض أن يحضر المواد الفنية لتحليل التحويل حسب الموقف، ويكون دور المعالج هو تيسير التعبـير الفنى بحرية، وليس دور الموجه أو الرقيـب للاستخدام الأمثل للمواد. وقد يـنظر بعض المرضى إلى المواد الـفنية كامتداد لشـخص المعالج بالفن، وتعامل على هذا الأساس بالحب أو الكره، بالألفة أو الخوف، بالرقة أو العنف حسب حالة التحويل الموجب أو السالب. وهنا يقوم المعالج بالفن بدور هام لـتحليل التـحويل حيث يصـحح الوضع بحـيث يتم التعـامل مع المواد كمواد فى حياد واستقلال عن ظاهرة التحويل.

مراحل العلاج بالفن:

تتم عملية العلاج بالفن على مراحل من بدايتها إلى وسطها إلى نهايتها.

بداية عملية العلاج بالفن:

تبدأ عملية العلاج بالفن قبـل أن يتقابل المعالج والمريض. إن إعداد غرفة العلاج بالـفن، وإعداد المواد الفنيـة يعتبر فى حـد ذاته بداية لعملـية العلاج. ومنذ بداية العلاج بالفن لابد وأن تحدد الأهداف العامة والإجرائية.

ومن أمثلة الأهداف الإجرائية:

* أن ينخفض السلوك العدوانى عند المريض.
* أن يتم التخلص من خوف مرضى لدى المريض.

ويتم الاستعانة بأى سجلات عن المريض جنبا إلى جنب مع كل ما يتيسر من وسائل الحصول على معلومات عنه.

ويهتم المعالج بالفن فى بداية عملية العلاج بعملية التقييم والتقدير بهدف

الحصول على معلومات عن المريض وشخصيته، ومشكلاته، وعليه أن يؤكد للمريض ضمان السرية التامة للمعلومات التى يجمعها عنه.

وتفيد إجراءات التقييم والتقدير فى بداية عملية العلاج فى تكوين الألفة مع المريض حيث تتم عادة فى مناخ نفسى مناسب ومشجع، مع تعريف المريض أن الإنتاج الفنى هو بهدف التقييم والتشخيص والعلاج وليس إنتاجا فنيا يخضع لمعايير الإنتاج الفنى.

ويتم تحديد طبيعة التقييم والحصول على المعلومات مثل رسم صورة تعبر عن مشاعر المريض مثل: اليأس، أو الخوف، أو الغضب، أو العدوان، أو رسم صورة للذات، أو صورة تصور مرضهم أو تصور الهلوسات أو الخيالات، أو صورة الأسرة. (انظر شكل ٦١).

ويبدأ بعض المعالجين عملية الرسم برسم «حر» دون تعليمات، حيث يرسم المريض ما يشاء، وحيث يتداخل الواقع مع الخيال، وحيث قد يصور أحلامه ورغباته.

وعلى العموم فإن التقييم والتقدير يتم للحصول على معلومات تفيد فى تحديد مدى مناسبة العلاج بالفن بالنسبة للمريض ودراسة شخصيته وتقدير مدى فاعلية العملية العلاجية.

أما عن العلاج فى بداية العملية فيتركز فى العلاقة العلاجية الحساسة المشجعة الآمنة الدافئة الصديقة، حيث يلتقى المعالج والمريض على أرض المريض انفعاليا ومعرفيا.

وهكذا يعمل المعالج على تهيئة جو الألفة واستخدام الإنتاج الفنى فى عملية التقييم والتقدير، واستخدامه علاجيا.

ويلجأ بعض المعالجين إلى تسجيل جلسات العلاج بالفن بالصوت والصورة بعد إذن المريض - طبعا - بينما يكتفى البعض بالملاحظات.

وفى بداية الجلسات العلاجية يبدأ المريض عادة برسم أو بعمل فنى آخر.



شكل (٦١)صورة الأسرة، توضح انعزال الحالة (إلى اليمين)

وقد يظهر من البداية وفى وضوح صراعات المريض أو مخاوفه. وتسير العملية العلاجية لتحقيق أهدافه.

ويحرص المعالج فى نهايات الجلسات العلاجية على تقديم بعض التعليقات الإيجابية التى تعبر عن المشاركة الانفعالية وعن إيجابية المريض وجهوده فى إنتاج الجلسة مع بعض الكلمات عن الجلسة التالية.

ويلاحظ أن طارئ التحويل قد يحدث منذ بداية عملية العلاج. وعلى المعالج أن يستفيد منه فى عملية التشخيص وفهم سلوك المريض وأن يحلله. وفى هذه المرحلة الأولى من عملية العلاج يعمل المعالج على تدعيم تحالفه مع المريض، مع ملاحظة أن نجاح العملية فى هذه المرحلة يتوقف عليه استمرارها.

وسط عملية العلاج بالفن:

هذه المرحلة تتواصل مع سابقتها «البداية»، ولاحقتها «النهاية»، وليس

بينها فواصل واضحة. ويكون «التحالف العلاجي» قد تم. وتم تحديد الاتجاهات والحدود.

ومن خلال نمو عملية العلاج بالفن وتقدمها يزداد الثقة المتبادلة وتزداد تقوية ذات المريض وثقته فى عمله وفى نفسه ويتخلص من مخاوفه.

وتفيد الرسوم فى المرحلة الوسطى فى التعبير عن تقدم عملية العلاج النفسى، وبصفة خاصة الرسوم المعبرة عن صورة الذات، والتى تعبر عن الاتجاهات والمشاعر.

وفى نهاية هذه المرحلة الوسطى يمهد المعالج لمرحلة إنهاء عملية العلاج، حيث يتخفف المعالج من تواجده مع العميل أثناء العمل الفنى بالتدريج.

إنهاء عملية العلاج بالفن:

وهى مرحلة لابد وأن تأتى بعد أن أثمرت عملية العلاج فى بدايتها ووسطها، لأن مرحلة العلاج لايمكن أن تكون مفتوحة الطرف ولا يمكن أن تستمر إلى ما لا نهاية.

ويلاحظ أن إنهاء عملية العلاج تعتبر خبرة انفصال بين المعالج والمريض لابد أن يمهد لها، ويجب أن تتم بمهارة.

وأفضل إنهاء لعملية العلاج هو الإنهاء الذى يكون بسبب تحقيق أهدافها بعد أن يتم العلاج والشفاء. ويكون إنهاء عملية العلاج صعباً نسبيا فى حالة الإحالة إلى أخصائيين آخرين أو إلى مؤسسة علاجية أخرى.

ويلاحظ أن فنيات إنهاء عملية العلاج بالفن تختلف فى حالات العلاج الفردى وفى حالات العلاج الجماعي، وحالات العلاج المختصر.

وفى إنهاء عملية العلاج بصفة عامة عادة يتم عمل حساب البيئة التى يعود إليها المريض وأسلوب حياته ومسئولياته.

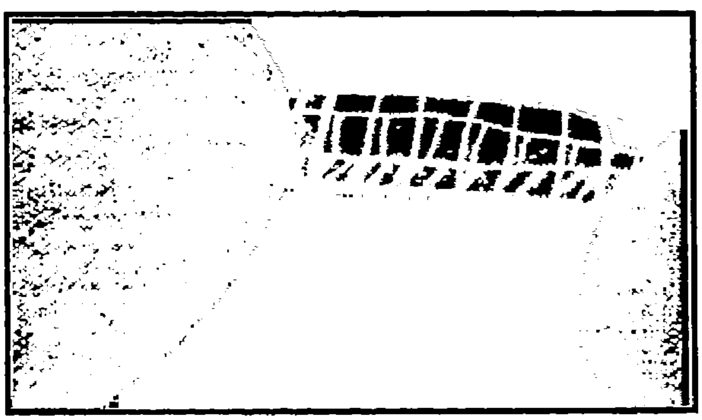
وفى مرحلة الإنهاء يحدث مراجعة لنتائج الجلسات السابقة، وما تم إنجازه، وماذا بقى لكى يتم.

وفى إنهاء عملية العلاج بالفن يمكن أن يأخذ المريض معه إنتاجه الفنى كذكرى لمرحلة العلاج، وقد يترك بعضها لدى المعالج كذكرى له.

وفى مرحلة الإنهاء يتم استعراض ومراجعة جميع الإنتاج الفنى منذ البداية، ويقوم بذلك المعالج والمريض، ويمكن أن يعبر الإنتاج الفنى عن عملية الإنهاء.

ومن أمثلة الصور التى تعبر عن إنهاء العلاج شكل (٦٢) فهو يعبر عن العبور عبر قنطرة من المستشفى إلى المنزل.

وفى نهاية عملية العلاج بالفن يكون قد توافر للمعالج والمريض سجل فريد لمرحلة العلاج ممثل فى الأعمال الفنية.



شكل (٦٢) تعبير عن العبور من المستشفى إلى المنزل

الفصل الرابع والعشرون
العلاج النفسى الدينى

مقدمة:

إن القرآن الكريم والأحاديث النبوية الشريفة والعقائد والتعالم الدينية الإسلامية سبقت العلم والعلماء المحدثين الذين حاولوا الغوص فى أعماق النفس البشرية والخروج بآراء ونظريات فى النفس الإنسانية، والشخصية السوية واللاسوية.

ويهتم العلماء والباحثون - من كافة الأديان - بالعلاج النفسى الدينى مؤكدين أهمية القيم الدينية فى عملية العلاج النفسى وضبط السلوك. (جين فونيردينVonerden، ١٩٩٤).

ولقد تناولت كثير من البحوث والدراسات المنحى الدينى فى علاج بعض الاضطرابات النفسية التى قد يعانى منها بعض المرضى النفسيين والناتجة عن بعض الضغوط الاجتماعية التى يعانون منها.

ومن أمثلة هذه البحوث، البحث الذى قام به حامد زهران وإجلال يسرى (١٩٩٠) عن الرعاية النفسية للأولاد فى هدى القرآن الكريم، والبحث الذى قامت به إسعاد البنا (١٩٩٠) والتى أظهرت فيه أثر الأدعية والأذكار كأحد طرق العلاج النفسى الدينى فى التخفيف من مستوى القلق. والأسلوب العلاجى المستخدم فى هذا البحث يعتمد على الإدراك والوعى والإقناع والإقبال من قبل المريض مما يحقق نتائج أفضل. ويتضمن أسلوب الذكر والدعاء مخاطبة ربانية - بين العبد وربه - لها أعظم الأثر فى نفس الفرد. كما قد يسهل على الفرد ممارسته دون الحاجة إلى معالج أو مرشد، ودون التعقيد بشكليات الأساليب العلاجية الأخرى.

تعريف العلاج النفسى الدينى:

العلاج النفسى الدينى طريقة علاج وتوجيه وإرشاد وتربية وتعليم. وهو

يقوم على معرفة الفرد لنفسه ولربه ولدينه وللقيم والمبادئ الدينية والأخلاقية.

ويهدف العلاج النفسى الدينى إلى تحرير الفرد المضطرب من مشاعر الإثم والخطيئة التى تهدد أمنه النفسى، ومساعدته على تقبل ذاته، وإشباع الحاجة إلى الأمن والسلام النفسى.

ويحتاج العلاج النفسى الدينى إلى المعالج المؤمن الذى يتبع تعاليم دينه ويحترم الأديان السماوية الأخرى.

والعلاج النفسى الدينى عملية يشترك فيها المعالج والمريض، ويتم خلالها إجراءات مثل: الاعتراف، والتوبة، والاستبصار، والتعلم. ويلجأ المريض إلى الله بالدعاء مبتغيا رحمته مستغفرا إياه، ذاكرا، صابرا، متوكلا على الله. (حامد زهران، ١٩٩٨).

أسس العلاج النفسى الدينى:

يقوم العلاج النفسى الدينى على أسس أهمها:

* الله سبحانه وتعالى خلق الإنسان، وهو أعلم بمن خلق، ويعلم كيف يصير الإنسان سويا، ويعلم أسباب فساده وانحراف سلوكه، ويعلم طرق وقايته وصيانته، ويعلم طرق علاجه وصلاحه.
* وفى عقيدتنا الإسلامية- كما قال الله تعالى- «إن الدين عند الله الإسلام»، خاتم الأديان وجامعها، ومحمد ﷺ خاتم الأنبياء والمرسلين. والقرآن الكريم خاتم الكتب السماوية، فيه ما هو شفاء ورحمة للمؤمنين. قال رسول الله ﷺ: «إنى تركت فيكم ما إن تمسكتم به لن تضلوا من بعدى: كتاب الله وسنتى».
* الإنسان المتدين يتمتع بشخصية سوية، ويتمتع بالصحة النفسية، ولا يعانى من المرض النفسى. والإيمان له تأثير عظيم فى نفس الإنسان، فهو يزيد من ثقته فى نفسه ويهديه إلى السلوك السوى، ويغمره بالشعور بالسعادة. (ناهد الخراشى، ١٩٨٧).

أسباب المرض النفسى فى رأى الدين:

من أسباب المرض النفسى فى رأى الدين، ما يلى:

* **الذنوب:** وهى الخطايا والآثام والمعاصى المخالفة للقوانين الإلهية واتباع هوى النفس الأمارة بالسوء.
* **الضلال:** وهو البعد عن الدين، والضلال عن سبيل الله، ومعصية رسوله، وعدم ممارسة العبادات، واتباع الهوى، واتباع الشيطان والإعراض عن ذكر الله ، والغفلة، وارتكاب ما حرم الله، وهذا يؤدى إلى الانحراف والشقاء.
* **الصراع:** وهو الصراع بين قوى الخير وقوى الشر فى الإنسان، وبين النفس اللوامة وبين النفس الأمارة بالسوء، مما يحيل النفس المطمئنة إلى نفس مضطربة.
* **ضعف الضمير:** وهو قصوره وعجزه أو غيبته، وعدم تأنيب الضمير عند ارتكاب المعاصى، ويصاحبه ضعف الأخلاق، ويترتب عليه الانحراف السلوكى.
* **أسباب أخرى:** ومنها، الأنانية، والتكالب على الحياة، واتباع الشهوات، والتبرج، والغيرة، والحسد، والشك، وسوء الظن، والغيبة، والكبر، والنفاق.

(محمد كامل النحاس، ١٩٦٤، وكمال إبراهيم مرسى، ١٩٨٨).

أعراض المرض النفسى فى رأى الدين:

من الأعراض الرئيسية للمرض النفسى فى رأى الدين ما يلى:

* **الانحراف:** ويشمل الانحرافات السلوكية وخاصة الانحرافات الجنسية، والكذب، والسرقة، والعدوان، والتمرد، والإدمان،
* **الشعور بالإثم:** ويشمل الشعور بالخطيئة والذنب، وتوقع العقاب، مما يهدد الذات ويظهر عدم الاتزان النفسى وسوء التوافق العام.

* **الخـــوف:** ويشمل الخوف المرضى الدائم المتكرر الذى يتملك سلوك الإنسان المخطىء.

* **القـلق:** ويشمل الشعور بالتوتر والضيق والتهيب، وتوقع الخطر، وعدم الاستقرار العام.

* **الاكتئاب:** ويشمل الشعور بالكدر والغم والحزن، وانكسار النفس، والتشاؤم، وفقدان لذة الحياة، ونقص الشعور بالأمن والسلام.

(حامد زهران، ١٩٩٨).

الوقاية من المرض النفسى فى رأى الدين:

تتلخص أهم أهداف الوقاية من المرض النفسى فى رأى الدين، فى تنمية شخصية المسلم كما حددها الدين.

وفيما يلى أهم معالم الوقاية من المرض النفسى من وجهة نظر الدين:

* **الإيمان: (التربية الدينية):** ويتضمن الإيمان بالله وملائكته وكتبه ورسله والقدر واليوم الآخر، وحب الله وحب رسوله، وتقوى الله، وخشية الله، والشكر لله.

* **التدين (السلوك الديني):** ويتضمن عبادة الله. والإخلاص لله، والمسئولية، والبعد عن الحرام، والعزة، والقوة.

* **الأخلاق: (السلوك الأخلاقى):** وتتضمن حسن الخلق، والاستقامة، وإصلاح النفس، وتزكية النفس، ومعارضة هوى النفس، وضبط النفس، والصدق، والأمانة، والتواضع، ومعاشرة الأخيار، ومراعاة حق الجار، والكلام الحسن، وحفظ السر، واحترام الغير، وقضاء حوائج الناس، والإصلاح بين الناس، وحسن الظن، والتعاون، والاعتدال، والإيثار، والعفو، والعفة، والإحسان، ويقظة الضمير، والسلام.

(مصطفى عبدالواحد، ١٩٧٠، محمد عثمان نجاتى، ١٩٨٢، محمد المهدى، ١٩٩٠، عبد المنان بار، ١٩٩٣).

طريقة العلاج النفسى الدينى:

فيما يلى أهم معالم طريقة العلاج النفسى الدينى:

* **الاعتراف:** ويتضمن الاعتراف بالذنب وظلم النفس أمام الله، وشكوى النفس من النفس طلبا للخلاص والغفران، وإفضاء الإنسان بما فى نفسه إلى الله، مما يزيل مشاعر الخطيئة والإثم، ويخفف من عذاب الضمير، ويطهر النفس المضطربة ويعيد إليها اطمئنانها وأمنها.

* **التوبة:** وتتضمن الندم على فعل السيئات، والعزم على عدم العودة إليها، والعزم على ترك الذنوب والمعاصى، والنزوع نحو فعل الخير، وتغير السلوك المنحرف إلى سلوك سوى صالح.

* **الاستبصار:** ويتضمن فهم أسباب الشقاء النفسى، والمشكلات النفسية والدوافع التى أدت إلى ارتكاب الخطيئة والذنوب، وفهم ما بالنفس من خير ومن شر، وتقبل المثل الدينية العليا التى تحدد علاقة الإنسان بربه، وبأخيه الإنسان.

* **التعلم:** ويتضمن تغير السلوك نتيجة خبرة العلاج، واكتساب قيم واتجاهات جديدة، والقدرة على ضبط النفس، وتحمل المسئوليات، واتخاذ أهداف مشروعة فى الحياة، وتنمية النفس اللوامة كرقيب نفسى على السلوك.

* **الدعاء:** ويتضمن سؤال الله القريب المجيب، والاستعانة به والتضرع والالتجاء إليه لكشف الضر عند الشدائد والشفاء من الهم والغم.

* **ابتغاء رحمة الله:** وتتضمن طلب الرحمة والخلاص من الآلام والمتاعب والمشكلات والأزمات فى تفاؤل وأمل.

* **الاستغفار:** ويتضمن طلب الغفران من الله الغفار دون قنوط من رحمته التى وسعت كل شىء.

* **ذكر الله:** ويتضمن الذكر آناء الليل وأطراف النهار مما يبث الطمأنينة

والهدوء والسعادة فى الإنسان ويبعد عنه الهم والكدر والحزن، ويبعد الشيطان الرجيم.

* **الصبر:** ويتضمن الصبر على الشدائد والمصائب والمكاره والأذى، والصمود أمام النوائب.

* **التوكل على الله:** ويتضمن تفويض الأمر إلى الله، والرضا بمشيئه، والإيمان بالقضاء والقدر.

(حامد زهران، ١٩٩٨).

استخدمات العلاج النفسى الدينى:

يستخدم العلاج النفسى الدينى فى حالات كثيرة مثل:

* الحالات التى يتضح أن أسبابها وأعراضها تتعلق بالسلوك الدينى والأخلاقى.
* حالات العصاب مثل: القلق والوساوس والهستيريا وتوهم المرض والخواف.
* حالات الاضطرابات والمشكلات الزواجية والأسرية.
* حالات الاضطرابات الانفعالية والمشكلات الجنسية والإدمان.

الفصل الخامس والعشرون
الطرق التوفيقية والتركيبية
ECLECTIC AND CREATIVE SYNTHESIS APPROACH

مقدمة:

يتخذ المعالج النفسي واحدا من مواقف ثلاثة:

* اتباع طريقة علاجية قائمة على نظرية محددة.
* اتخاذ موقف توفيقي بين عدد من النظريات والطرق.
* اتخاذ موقف تركيبي ابتكاري من النظريات والطرق.

وكل هذه المواقف خير وبركة، طالما أنها تحقق هدف العلاج النفسي.

(انظر جارفيلد وكيرتز، Garfield & kurtz، ١٩٧٥).

أما عن الطرق العلاجية القائمة على نظرية محددة فمن أمثلتها نظرية التحليل النفسي، وطريقة التحليل النفسي كما بلورها سيجموند فرويد Freud (١٩٤٩)، ومالها من مسلمات وافتراضات ومفاهيم. وأمثال هؤلاء يعتبرون هذه النظريات نظريات شاملة وضعها علماء عظام.

الطرق التوفيقية: (التخيرية أو الانتقائية) Eclectic Approaches

تقوم الطرق التوفيقية علــى أساس التميز والانتقاء والاقتطاف والتجميع والتوفيق بين نظريات وطــرق وأساليب وإجراءات العلاج النفسي المختلفة بما يناسب ظروف المعالج والمريض والمشكلة والعملية العلاجية بصفة عامة.

ومن الطرق التوفيقية طريقة العلاج الجشتالتى التى بلورها فريتز بيرلز Perls (١٩٧٠). ويبدو لسان حال الذين يتبنون هذه الطريقة يقول «كل ما يؤدى الهدف فهو صالح».

وتزيد طرق العلاج النفسى المختلفة فى عددها عن ١٣٠ طريقة، أقلها مشهور، ومعظمها غير مشهور ولكنها جميعا تمثل نهر العلاج وروافده.(ستيفين لين، وجون جارسك Lynn & Garske، ١٩٨٥).

والذى يتبع الطرق التوفيقية مثله كمثل من يريد أن يكسب كل الجوائز.

وأصحاب الطرق التوفيقية يحاولون إحداث التكامل والتفاعل بين النظريات والطرق المختلفة وإدماجها وإقلال عددها.

وتتطلب أية طريقة توفيقية التخفف من حدة الحدود وتخطى الحدود بين النظريات والطرق.

ومن المهم أن يكون لدى المعالج النفسى قدرا كافيا من الدافعية ليبذل جهداً فى عملية التوفيق والتركيب بين طرق العلاج المختلفة.

والتوفيقية Eclecticism عملية أكثر منها نظرية، حيث يختار المعالج من كل طريقة ما يناسب وما ينطبق وما يؤثر. فالأسلوب الأمثل هو تطويع النظريات والطرق لتناسب المرضى وليس العكس.

وقد ظهرت الطرق التوفيقية أساسا لتوفق بين النظريات والطرق التى تأخذ المنحى الدينامى وتلك التى تأخذ منحى التعلم، كما بين التحليل النفسى والعلاج السلوكى. (ماركس وجيلدر Marks & Gelder ، ١٩٦٦).

وتتضمن التوفيقية التشرب assimilation والتكامل integration. ويتضح ذلك فى ترجمة مفاهيم ومبادىء النظريات والطرق الأخرى لتناسب طريقة الفرد. وهذا واضح فى مفهوم مثل «المقاومة».

وتؤكد التوفيقية على أوجه الشبه وخطوط التوازى والعوامل المشتركة أو الأرض المشاع فى النظريات والطرق.

والتوفيقية تكاد تكون «دبلوماسية نفسية»، وتنظر إلى علماء النفس كأقارب وليس كغرباء، و على أنهم يتكلمون لغة واحدة وإن كانت ذات لهجات مختلفة. ومعروف أن العلاقة العلاجية، والتعلم، وغيرها، من الإجراءات المتوازية والموحدة فى معظم طرق العلاج النفسى.

وتتضح التوفيقية فى النظريات والطرق العلاجية الأحدث.

وتتطلب التوفيقية مرونة الفرد واستعداده لتقبل وجهات نظر الآخرين وميله إلى التوسط والاعتدال وبعده عن التطرف والجمود.

والتوفيقية تتضمن الشمولية. فالمعالج لابد أن يعرف كل الطرق وأن يكون قادرا على استخدامها وماهرا فى الانتقال من إحداها إلى الأخرى أو التوفيق بينها إذا اقتضى الأمر ذلك. (حامد زهران، ١٩٩٨).

الطرق التركيبية الابتكارية: Creative Synthesis Approach

تتخلص أهم ملامح الطرق التركيبية الابتكارية فى أن المعالج يركب طريقة مبتكرة مستخدما ما يتيسر من تراث وحكمة الماضى. وخير مثال هنا طريقة العلاج النفسى بتحقيق الذات التى ركبها وابتكرها إيفيريت شوستروم وآخرون .Shostrom et al (١٩٧٧). (لورنس برامر وإيفيريت شوستروم Brammer & Shostrom، ١٩٧٧). والتركيبية تكاد تكون «كيمياء نفسية» موادها نظريات الشخصية والعلاج النفسى وطرقه وأساليبه، وبوتقتها الإطار النظرى لطبيعة الإنسان فى سوائه وانحرافه وفى صحته ومرضه.

والتركيبية تستفيد من الجهود العلمية المتراكمة. والتركيبيون يقفون على أكتاف العمالقة الذين سبقوهم ليصلوا إلى مستويات أعلى من الفهم والفعالية فى عملية العلاج.

وفى التركيبية يبدو الابتكار عندما يضع المعالج المفاهيم والممارسات من

النظريات والطرق الأخرى في نظام ونسق يناسبه هو، بحيث تظهر فى شكل جشتالت جديد لا يكون مجرد مجموع الأجزاء، وكل جشتالت جديد يتقدم خطوة على غيره.

وفى التركيب تتضافر الأفكار والأساليب، سواء كانت دينامية أو بنائية لتكوّن نموذجا أساسيا جديدا للشخصية.

ويشترط فى عملية التركيب البساطة والتماسك والمرونة وقابلية التطور وإمكانية التطبيق ويسره.

ويوضح عملية التركيب الابتكارى شكل (٦٣).

ويعتبر أساجيولى Assagioli (١٩٦٥) من الذين كتبوا فى التركيب النفسى Psychosynthesis، حيث يشير إلى أهمية تركيب وتكامل الأفكار النفسية ونتائج البحوث وخلاصات الأساليب والطرق فى شكل جديد.

ويلاحظ أن التركيب الابتكارى لطريقة العلاج التى يتبعها المعالج قد يستغرق حياته كلها.

نقد الطرق التوفيقية والتركيبية:

تتلخص أهم **مزايا الطرق التوفيقية والتركيبية** فيما يلى:

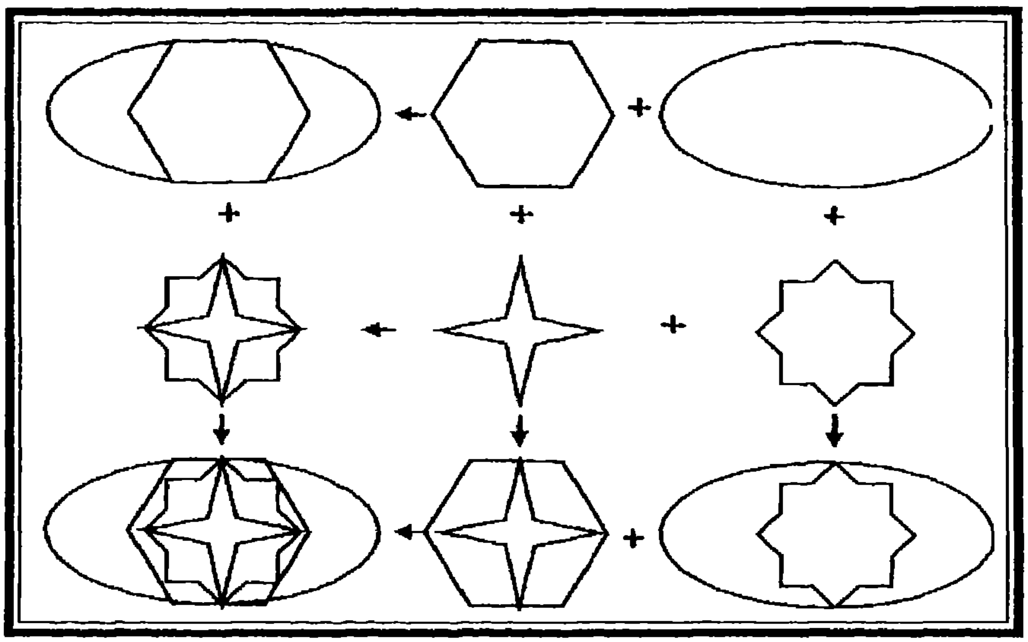
* تهدف إلى تحقيق أكبر فائدة علاجية بأى طريقة.
* تمثل الانفتاح العقلى دون تحيز أو جمود فكرى.
* تجعل المعالج موضوعيا يحترم كل طرق العلاج وأساليبه.
* تمكن المعالج من تقديم خدمات علاجية بطريقة أكثر فعالية.
* تزيل الملل والروتينية، وتنوع خبرات المعالج.

وفى نفس الوقت فإن للطرق التوفيقية والتركيبية **بعض العيوب** أهمها:

- من الصعب على المعالج الذى يدعى معرفة كل الطرق أن يجيدها جميعا.

- نادرا مـا يكون المعـالج توفيـقيا أو تركـيبيا خـالصا، دون أن يكـون له طريقة مفضلة.
- فى بعض الحالات تؤدى عـملية التوفيق أو التركـيب بين طرق العلاج إلى تكوين طريقة غريبة غير متكاملة فاقدة الهوية.

وعلى العمـوم فإن الكلمة الأخيرة تكون فـى تقييم الطريقة التـوفيقية أو التركيبية الابتكارية وأساليبها عمـليا وتجريبيا فى ضوء أهدافها، فإن حققت نجاحا استمر السعى للتحسين والتطوير وتحقيق مزيد من النجاح.



شكل (٦٣) نموذج التركيب الابتكارى

﴿الْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِي هَدَانَا لِهَذَا وَمَا كُنَّا لِنَهْتَدِيَ لَوْلَا أَنْ هَدَانَا اللَّهُ﴾

صدق الله العظيم

المراجـــع

= إبراهيم علـى إبراهيم (١٩٨٥). فعالية العـلاج العقلانى فى توافق الحـياة الزواجية. رسالة دكتوراه. كلية التربية جامعة المنيا.

= إجلال محمـد سرى (١٩٨٢). التوافق النفسـى للمدرسات المتزوجات والمـطلقات وعلاقته ببعض مظاهر الشخصية. رسالة دكتوراه. كلية التربة جامعة عين شمس.

= إجلال محـمد سرى (١٩٨٤). الخرافـات الشائعـة عن النمـو النفسـى. مجلة كـلية التربية جامعة عين شمس، عدد ٧، ص٢١ - ٥٤.

= إجلال محمد سرى (١٩٩٠). التوافق المهنى لدى مدرسى ومدرسات المواد المختلفة فى التعـليم الإعدادى والثانوى. مـجلة كلية الـتربية جامعة عـين شمـس. عـدد ١٤، ص ٣٥٣ - ٣٧٧.

= إجلال محـمد سرى (١٩٩١). التوافق المـهنى والزواجى لـعضوات هيئة الـتدريس بالجامعة. مجلة كلية التربية جامعة عين شمـس. العدد ١٥، ص ٧٥ - ١٠١.

= أحمد زكى بدوى (١٩٧٨). معجم مصطلحات العـلوم الاجتماعية. بيروت: مكتبة لبنان.

= إسعـاد البنا (١٩٩٠). دور الأدعـية والأذكار فى عـلاج القلـق كأحد طرق الـعلاج النفسـى الدينى. المؤتمر السنـوى السادس لعلم النـفس فى مصر. الجمعيـة المصرية للدراسات النفسية. ص ٥١- ٦٨.

= أنطونى ستـور (ترجمة) لطفى فطين (١٩٩١). فـن العلاج النفسى. القاهـرة: مكتبة النهضة المصرية.

= جولـيان روتر (تـرجمة) عـطية هـنا ومحمـد عثمـان نجاتى (١٩٧٧). عـلم النـفس الإكلينيكى. الكويت: دار القلم.

= حامد عبدالسلام زهران (١٩٧٣). الوقاية من المرض النفسى. مجلة الصحة النفسية. مارس ١٩٧٣. ص٣٢- ٣٥.

= حامد عبـدالسلام زهران (١٩٧٦). مقدمة فـى الإرشاد والعلاج النفسـى وأثرها فى

عملية الإرشاد والعلاج: دراسة كلينيكية. الكتاب السنوى فى التربية وعلم النفس. مجلد ٤، ص١ - ٨٥.

= حامد عبدالسلام زهران (١٩٧٦ أ). دليل فحص ودراسة الحالة فى الإرشاد والعلاج النفسى. القاهرة: عالم الكتب.

= حامد عبد السلام زهران (١٩٩٠). علم نفس النمو: الطفولة والمراهقة. (ط٥). القاهرة: عالم الكتب.

= حامد عبدالسلام زهران (١٩٩٧). الصحة النفسية والعلاج النفسى (ط٣). القاهرة: عالم الكتب.

= حامد عبدالسلام زهران (١٩٩٨). التوجيه والإرشاد النفسى (ط٣). القاهرة: عالم الكتب.

= حامد عبد السلام زهران وإجلال محمد سرى (١٩٩٠). الرعاية النفسية للأولاد فى هدى القرآن الكريم. المؤتمر الدولى: الطفولة فى الإسلام، القاهرة (أكتوبر ١٩٩٠)، ص ٣٠١ - ٣٤٤.

= رسمية على خليل (١٩٦٨). الإرشاد النفسى. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

= رشدى فام منصور (١٩٩٨). علم النفس العلاجى: رحيق السنين. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

= ريتشارد سوين (ترجمة) أحمد عبدالعزيز سلامة (١٩٧٩). علم الأمراض النفسية والعقلية. القاهرة: دار النهضة العربية.

= سعد جلال (١٩٦٢). علم النفس الإكلينيكى. القاهرة: دار المعارف.

= سعد جلال (١٩٦٦). المرجع فى علم النفس. القاهرة: دار المعارف.

= سعد جلال (١٩٦٧). التوجيه النفسى والتربوى والمهنى. القاهرة: دار المعارف.

= سلوى محمد عبدالباقى (١٩٨٩). اللعب بين النظرية والتطبيق. الرياض: مكتبة الصفحات الذهبية.

= سليمان الخضرى الشيخ وآخرون (١٩٨٨). دراسة مسحية للبحوث التربوية والنفسية من الثلاثينيات. القاهرة: أكاديمية البحث العلمى والتكنولوجيا.

= سليمان الريحانى (١٩٨٥). تطوير اختبار الأفكار العقلانية واللاعقلانية. دراسات تربوية. مجلد ١٢، عدد ١١، ص٧٧- ٩٥.

= سليمان الريحانى (١٩٨٧). الأفكار اللاعقلانية عند الأردنيين والأمريكيين دراسة عبر ثقافية لنظرية إليس فى العلاجة العقلانى العاطفى. مجلة دراسات العلوم التربوية، الجامعة الأردنية. مجلد ١٤. عدد ٥.ص ٧٣ - ١٠٢.

= سليمان الريحانى وآخرون (١٩٨٩). الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بالاكتئاب لدى عينة من طلبة الجامعة الأردنية. مجلة دراسات العلوم التربوية، الجامعة الأردنية، مجلد ١٦، عدد ٦، ص ٣٦ - ٥٦.

= سوسن عثمان عبداللطيف (١٩٨٨). الخدمات الفردية لتلاميذ المرحلة الابتدائية فى ضوء النظريات الحديثة. ندوة الخدمات التربوية. الإدارة المركزية للخدمات التربوية، وزارة التعليم. القاهرة (نوفمبر، ١٩٨٨).

= شيلدون أيزينبيرج، دانيل ديلانى (ترجمة) على سعد، عدنان الأحمد (١٩٩٥). عملية الإرشارد النفسى. دمشق: منشورات جامعة دمشق.

= صفاء غازى (١٩٩١). فاعلية أسلوب العلاج الجماعى (السيكودراما) والممارسة السلبية لعلاج حالات اللجلجة. رسالة دكتوراه، كلية التربية جامعة عين شمس.

= صلاح الدين عبد القادر محمد (١٩٩٩). أثر الإرشاد العقلانى الانفعالى السلوكى فى تعديل الاتجاه نحو المرض النفسى والمرضى النفسيين. مجلة الإرشاد النفسى، كلية التربية جامعة عين شمس، عدد٩، ص ١٦٥ - ٢٣٩.

= عادل عز الدين الأشول (١٩٨٧). موسوعة التربية الخاصة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

= عباس عوض (١٩٧٧). الموجز فى الصحة النفسية. القاهرة: دار المعارف.

= عبدالرحمن عيسوى (١٩٧٩). العلاج النفسى. الإسكندرية: دار الفكر الجامعى.

= عبدالستار إبراهيم (١٩٨٣). العلاج النفسى الحديث قوة للإنسان (ط٢). القاهرة: مكتبة مدبولى.

= عبد الستـار إبراهيم (١٩٩٤). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث. القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع.

= عبدالسلام عبدالغفـار (١٩٧٦). مقدمة في الصـحة النفسـية. القاهرة: دار النـهضة العربية.

= عبدالعزيز القوصي (١٩٦٩). أسس الصحة النفسية (ط٩). القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

= عبداللطيف عمارة (١٩٨٥). العـلاج العقلاني الانفعـالي لبعض الأفكـار الخرافية لدى عينة من طلبة الجامعة. رسالة دكتوراه. كلية التربية جامعة عين شمس.

= عبد المنار بار (١٩٩٣). العلاج النفسي في ضوء القرآن والسنة. مكة المكرمة: المكتبة المكية.

= عبدالمنعم الحفني (١٩٧٨). موسوعة علم النفس والـتحليل النفسي. القاهرة: مكتبة مدبولي.

= عزيز حنا داود، محمد عبد الظاهر الـطيب، عادل هاشم (١٩٩١). الشخـصية بين السواء والمرض. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

= عطوف محـمود ياسين (١٩٨١). علم النفـس العيادي «الإكلينيـكي». بيروت: دار العلم للملايين.

= عطية محمود هنا ومحمد سامي هنا (١٩٧٦). عـلم النفس الإكلينيكي: التشخيص النفسي (جـ١) (ط. ٢) القاهرة: دار النهضة العربية.

= عمر شاهين ويحيى الرخاوي (١٩٦٥). مبادىء الأمـراض النفسية. القاهرة: النصر الحديثة.

= فاخر عاقل (١٩٧٧). معجم علم النفـس. «إنجليزي- فرنسي- عربي». بيروت: دار العلم للملايين.

= فرج عبدالقادر طه وآخرون (د.ت). معجم علم النـفس والتحليل النفسي. بيروت: دار النهضة العربية.

= فيصل عباس (١٩٨٣). إشكالات المعالجة النفسية. بيروت: دار المسيرة.

= فيصل محمد خير الزراد (١٩٨٤). الأمراض العصابية والذهانية والاضطرابات السلوكية. بيروت: دار القلم.

= كاميليا عبدالفتاح (١٩٧٥). العلاج النفسي الجماعي للأطفال باستخدام اللعب. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

= كلارك موستاكس (ترجمة) عبد الرحمن سليمان (١٩٩٠). علاج الأطفال باللعب. القاهرة: دار النهضة العربية.

= كمال إبراهيم مرسى (١٩٨٨). المدخل إلى علم الصحة النفسية. الكويت: دار القلم.

= لويس كامل مليكة (١٩٩٢). علم النفس الإكلينيكي: التشخيص والتنبؤ في الطريقة الإكلينيكية (جـ١) (ط٥). القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.

= ماهر محمود عمر (١٩٨٩). المقابلة فى الإرشاد والعلاج النفسى. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

= محمد المهدى (١٩٩٠). العلاج النفسى فى ضوء الإسلام. المنصورة: دار الوفاء.

= محمد حامد زهران (١٩٩٩). المشكلات الدراسية ومدى فاعلية برنامج إرشاد مصغر للتعامل معها بأسلوب قراءة الموديولات مع شرائط الفيديو والمناقشة الجماعية. رسالة دكتوراه، كلية التربية جامعة عين شمس.

= محمد خليفة بركات (١٩٧٨). عيادات العلاج النفسى والصحة النفسية. الكويت: دار القلم.

= محمد عبدالظاهر الطيب (١٩٨١). تيارات جديدة فى العلاج النفسى. القاهرة: دار المعارف.

= محمد عبدالظاهر الطيب ومحمد عبدالعال الشيخ (١٩٩٠). الأفكار اللاعقلانية لدى عينة من طلاب الجامعة وعلاقتها بالجنس والتخصص الأكاديمى: المؤتمر السنوى السادس لعلم النفس فى مصر. الجمعية المصرية للدراسات النفسية. ص٢٤٩- ٢٦٤.

= محمد عبدالعال الشيخ (١٩٩٠). الأفكار اللاعقلانية لدى الأمريكيين والأردنيين والمصريين: دراسة عبر ثقافية فى نظرية «إليس» للعلاج العقلانى. المؤتمر السنوى السادس لعلم النفس فى مصر. الجمعية المصرية للدراسات النفسية. ص٢٦٥- ٢٨٤.

= محمد عبد العال الشيخ (١٩٩٠أ). أثر العلاج بالواقع فى تعديل مفهوم الذات لدى المعاقين جسميا. مجلة كلية التربية جامعة طنطا، عدد ١١ ب، ص ١ - ٥٣.

= محمد عثمان نجاتى (١٩٨٢). القرآن وعلم النفس. بيروت: دار الشروق.

= محمد عماد الدين إسماعيل (١٩٥٩). الشخصية والعلاج النفسى. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

= محمد عودة وكمال إبراهيم مرسى (١٩٨٤). الصحة النفسية فى ضوء علم النفس والإسلام. الكويت: دار القلم.

= محمد كامل النحاس (١٩٦٤) الدين والصحة النفسية. مجلة الصحة النفسية. العدد ٢ ص ١ - ٥.

= مصطفى أحمد فهمى (١٩٦٧). علم النفس الإكلينيكى. القاهرة: مكتبة مصر.

= مصطفى أحمد فهمى (١٩٦٧) الصحة النفسية. القاهرة: دار الثقافة.

= مصطفى خليل الشرقاوى (١٩٨٣). علم الصحة النفسية. بيروت: دار النهضة العربية.

= مصطفى سويف وآخرون (١٩٨٥). مرجع فى علم النفس الإكلينيكى. القاهرة: دار المعارف.

= مصطفى عبدالواحد (١٩٧٠). شخصية المسلم كما يصورها القرآن (ط٣). القاهرة: مكتبة عمار.

= ملاك جرجس (١٩٨٦). المشكلات النفسية للطفل وطرق علاجها. القاهرة :كتاب الحرية.

= ناهد عبدالعال الخراشى (١٩٨٧). أثر القرآن الكريم فى الأمن النفسى. القاهرة: وكالة الأهرام للتوزيع.

= نبيل عبدالفتاح حافظ (١٩٨١). مدى فعالية العلاج الجشتالتى فى تخفيف القلق لدى طلاب المرحلة الثانوية. رسالة دكتوراه. كلية التربية جامعة عين شمس.

= نعيم الرفاعى (١٩٩٤). العيادة النفسية والعلاج النفسى. (ج١، ٢) (ط٤). دمشق: مطبوعات جامعة دمشق.

= وليم الخولى (١٩٧٦). الموسوعة المختصرة فى علم النفس والطب العقلى. القاهرة: دار المعارف.

= يسرية صادق (١٩٨٩). خبرات اللعب «أنماط- سلوكيات- أدوات» فى ضوء بعض قدرات التفكير التباعدى لدى أطفال ما قبل المدرسة. المؤتمر السنوى الخامس لعلم النفس فى مصر. الجمعية المصرية للدراسات النفسية، ص٣١٨- ٣٥٠.

= Adams - Stefko, Michelle (1995). Psychosocial effects of technological innovation. Dissertation Abstracts International, 56, 4 (B), 2380.

= Almog, Yishai J. (1995). Rethinking clinical psychology: The development of a sociocultural model. for psychotherapy. Dissertation Abstracts International, 56,1 (B), 514.

= Assagioli, R. (1965). Psychosynthesis. New York: Viking Press.

= Axline, Virginia (1974). Play Therapy. New York: Ballantine Books.

= Berlin, Irving (1967). Secondary Prevention. In Freedman & Kaplan (Eds.) pp. 1541- 1548.

= Brammer, Lawrence & Shostrom, Everett (1977). Therapeutic Psychology (3rd Ed). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.

= Ellis, Albert (1973). Rational - Emotive Therapy. Psychology Today. July 1973, 56- 62.

= Ellis, Albert (1974). Humanistic Psychotherapy. New York: Mc Graw- Hill.

= Ellis, Albert (1977). Reason and Emotion in Psychotherapy. New Jersey: The Citadel Press.

= Ellis, Albert (1982). The Rational- Emotive Therapy. In Burks, H. The Theory and Practice of Counselling Psychology. London: Pitman.

= English, Horace & English, Ava (1958). A Comprehensive Dictionary of Psychological and Psychoanalytical Terms. London: Longmans.

= Fly, Barbara J. (1996). A survey of the ethical behavior of students in graduate training programs in psychology. Dissertation Abstracts International, 56,9 (B), 5168.

= Freedman, Alfred (1967). Tertiary Prevention, In Freedman & Kaplan (Eds.) pp. 1548- 1551.

= Freedman, Alfred & Kaplan, Harold (Eds.) (1967).

Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins.

= Freud, Sigmund (1949). An Outline of Psychoanalysis. New York: Norton.

= Garfield. S. L. and Kurtz. R. (1975). Clinical psychologists: A survey of selected attitudes and views. Clinical Psychologist. 28,3,4-7.

= Golliher. Ellen M. (1995). The relationship of job satisfaction to level of experience of clinical psychologists. Dissertation Abstracts International. 55.8 (B), 3587.

= Haas. J. Willianm (1995). The application of cinema in the practice of psychotherapy. Dissertation Abstracts International, 56. 4 (B), 2327.

= Hansen, James (Ed.). (1978) Counseling Process and Procedures. New York: Macmillan.

= Jones. Sheryl H. (1996(. A study of the effects of psychotherapy training on doctoral - level clinincal psychology graduate students and psychiatry residents. Dissertation Abstracts International, 56,7 (B). 3676.

= Klepsch, Marvin & Logie, Laura (1982). Children Draw and Tell: An Introduction to the Projective Uses of Children's Human Figure Drawings. New York: Brunner.

= Kramer, Edith (1985). Art Therapy in a Children's Community. Springfield, Illinois: Charles Thomas.

= Kramer, Edith (1971). Art as Therapy with Children. New York: Schocken Books.

= Kramer, Edith (1979). Childhood and Art Therapy. New York: Schocken Books.

= Lazarus. Richard (1969). Patterns of Adjustment and Human Effectiveness. New York :Mc Graw- Hill.

= Levin. Lawrence and Shepherd. Irma (1978). The Role of the Therapist in Gestalt Therapy. In Hansen. James (1978). pp. 195-203.

= Lynn, Steven & Garske, John (Eds.) (1985). Contemporary Psychotherapies: Models and Methods. London: Charles Merrill.

= Marks, I. and Gelder, M. G. (1966). Common ground between behaviour therapy and psychodynamic methods. British Journal of Medical Psychology. 39, 11- 23.

= Morgan, H. & Morgan, M. (1984). Aids to Psychiatry (2nd Ed.). London: Churchill Livingstone.

= Naumburg, Margaret (1966). Dynamically Oriented Art Therapy: Its Principles and Practice. New York: Grune & Stratton.

= Naumburg, Margaret (1973). An Introduction to Art Therapy. New York: Teachers College Press.

= Perls. Fritz (1969). Gestalt Therapy Verbatim. Lafayette, California: Real People Press.

= Pietrofesa, John ,Hoffman, A., Splete, H. & Pinto.D. (1978). Counseling: Theory, Research,and Practice. Chicago: Rand Mc Nally College Publishing Co.

= Pietrofesa, John, Bernstein, B., Minor, J. & Stanford, S. (1980). Guidance: An Introduction. Chicago: Rand McNally College Publishing Co.

= Pottash, Joyce G. (1994). A family therapy model to enhance social skills of children with learning disabilities. Dissertation Abstracts International, 55,9 (B), 2015.

= Recapreo, Christopher M. (1996). The vocational aspirations and scientist - practitioner interests of counseling and clinical psychology graduate students. Dissertation Abstracts International, 56,9 (A), 3513.

= Rogers, Carl (1970). Carl Rogers on Encounter Groups. New York: Harper & Raw.

= Sherrard. Peter A. (1989). Mental health counseling: Benefits of a double description. Journal of Mental Health Counseling, 11, 1, 36 - 43.

= Shostrom, Everett et al. (1976). Actualizing Therapy:

Foundations for a Scientific Ethic. San Diego: EDITS Book Co.
= Suler, John R. (1987). Computer - simulated psychotherapy as an aid in teaching clinical psychology. Teaching of Psychology, 14, 1, 37 - 39.
= Thompson, Charles & Rudolph, Linda (1983). Counseling Children. Monterey, California: Brooks/ Cole.
= Vanek, Carol A. (1990). Survey of ethics education in clinical and counseling psychology. Dissertation Abstracts International, 51, 12 (B), 5797.
= Vonerden, Jeanne M. (1994). An assessment of the need for training to incorporate religious/ spiritual values in psychotherapy. Dissertation Abstracts International, 55,3 (B), 1196.
= Wadeson, Harriet (1980). Art Psychotherapy. New York: Wiley.
= Wadeson, Harriet (1987). The Dynamics of Art Therapy. New York: Wiley.
= Wallack, Lawrence & Winkleby, Marilyn (1987). Primary prevention: A new look at basic concepts. Social Science & Medicine. 25, 923- 930.
= Watson, Robert (1963). The Clinical Method in Psychology. New York: John Wiley.
= Woodworth, Robert S. & Sechrest, Lee (1992). Reprinting of the future of clinical psychology. Journal of Consulting & Clinical Psychology, 60, 1, 16 - 23.
= Ziegenfuss, Laverne R. (1996). Monitoring countertransference. Dissertation Abstracts Intrnational, 56,7 (B), 4031.
= Young, Kimberly S. (1994). The reliability and validity of the personal interview in practitioner - model clinical psychology doctoral programs. Dissertation Abstracts International, 551,1 (B), 220.

فهرس الموضوعات

صفحة

علم النفس العلاجى ...

- هذا الكتاب فى علم النفس العلاجى ، أو علم النفس الكلينيكى ، أو علم النفس العيادى ، مجال من المجالات التطبيقية لعلم النفس فى ميدان الصحة النفسية والعلاج النفسى .

- وهذا الكتاب يحتوى على أسس علم النفس العلاجى ، فى فصول تتناول المفاهيم الأساسية فى علم النفس العلاجى ، والصحة النفسية والتوافق النفسى ، والمرض النفسى ، وأسباب الأمراض النفسية ، وأعراض الأمراض النفسية ، والفحص والتشخيص والمآل ، ووسائل جمع المعلومات فى العلاج النفسى ، وعملية العلاج النفسى .

- وهذا الكتاب يتناول أهم طرق العلاج النفسى مثل : التحليل النفسى ، والعلاج السلوكى ، والعلاج الجماعى ، والعلاج الاجتماعى ، والعلاج باللعب ، والعلاج بالعمل ، والإرشاد العلاجى ، والعلاج العقلانى الانفعالى ، والعلاج بالواقع ، والعلاج بالقراءة ، والعلاج الجشتالتى ، والعلاج بتحقيق الذات ، والعلاج النفسى بالفن ، والعلاج النفسى الدينى ، والطرق التوفيقية والتركيبية .

والله الموفق ...